EMIL CĂPRARU
HERTA CĂPRARU

Mama și copilul

milupa

EM EDITURA MEDICALĂ

În amintirea soției mele
Herta cu care am plănuit, am
scris și am trăit această carte.

Pentru nepoții mei
Sandra-Maria și Matei-Felix

Cartea este întocmită pentru a fi utilă (consultată) nu dintr-o dată, ci în funcție de vârsta și problemele copilului. Așa se explică unele repetiții și sublinieri.

„Mama și copilul" este cea mai apreciată carte românească despre dezvoltarea, îngrijirea, alimentația și educația copilului.

Nota autorului

Față de edițiile anterioare s-a adăugat capitolul 8. Să se prevină! Este cel mai bine.

- *Copilul are nevoie de dragoste. Relația mamă-copil-tată*
- *Examene preventive. Orice copil are nevoie de medic*
- *Vaccinările*
- *Creștere. Dezvoltare. Evaluări*
- *Câteva sublinieri despre alimentație*
- *Profilaxia rahitismului*
- *Prevenirea anemiilor carențiale*
- *Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 și 3 ani*

SUMAR

1. SARCINA ŞI NAŞTEREA

1.1. În aşteptarea unui copil 7
1.1.1. Precauţii pentru un copil sănătos 7
1.1.2. Alimentaţia gravidei. Să mănânce pentru doi? 9
1.1.3. Curăţenia şi îngrijirea corpului 14
1.1.4. Mici probleme de sănătate 16
1.1.5. Igiena psihică 18
1.1.6. Câteva indicaţii generale 18
1.1.7. Gimnastica gravidei 19
1.2. Îngrijiri în maternitate 20
1.2.1. Atitudinea mamei şi a tatălui faţă de naşterea copilului 20
1.2.2. Ce trebuie să se ştie despre nou-născut 23
1.2.2.1. Nou-născutul sănătos 23
1.2.2.2. Prematurul 25
1.2.2.3.Dismaturul 27
1.2.3. Îngrijirile nou-născutului în maternitate 27
1.2.4. Incidenţe fiziologice 30
1.2.5. Alimentaţia 32
1.3. Lăuzia 38
1.3.1. Modificările corpului 39
1.3.2. După revenirea acasă 42
1.3.3. Gimnastica lăuzei 43
1.3.4. Măsuri anticonceptionale după naştere 43

2. NOU-NĂSCUTUL (0-28 ZILE)

2.1. Instalarea copilului în familie 45
2.1.1. Cadrul vieţii 45
2.1.1.1. Camera copilului 45
2.1.1.2. Îmbrăcămintea (trusoul, laieta) 48
2.1.1.3. Purtarea în braţe 49
2.2. Îngrijirile nou-născutului în familie 51
2.2.1. Revenirea în familie 52
2.3. Nou-născutul normal 57
2.3.1.Primul examen medical 57
2.3.2. Dezvoltarea fizică 58
2.3.3. Greutatea 58
2.3.4. Talia 59
2.3.5. Perimetre 59
2.3.6. Pielea 59
2.3.7. Craniul 61
2.3.7.1. Bosa serosanguină 63
2.3.7.2. Cefalhematomul 63
2.3.8. Faţa. Ochii 63
2.3.9. Gura 64
2.3.10. Urechile 64
2.3.11. Gâtul 64
2.3.12.Toracelé 65
2.3.13. Abdomenul 65
2.3.14. Organele genitale 65
2.3.15. Membrele 66
2.3.15.1. Luxaţia congenitală de şold 66
2.3.16. Boli metabolice 68
2.3.17. Evaluarea stării de sănătate 68
2.3.18. Dezvoltarea psihomotorie 71
2.4. Îngrijirea pielii şi anexelor (păr, unghii) 77
2.4.1. Obiecte necesare 77
2.4.2. Mijloace de îngrijire. Cosmetice 78
2.4.3. Spălatul 79
2.4.4. Baia generală zilnică 81
2.4.5. Scutecele 85
2.4.6. Alte obiecte din trusoul sugarului 88
2.4.7. Schimbatul scutecelor 89
2.4.8. Pentru îmbrăcat 92
2.4.9. Pentru dormit 93
2.4.10. Întreţinerea scutecelor 93
2.5. Alimentaţia 94
2.5.1. Alimentaţia maternă (la sân, naturală) 95
2.5.1.1. Tehnica alăptării 97
2.5.1.2. Orarul meselor 99
2.5.1.3. Raţia alimentară în prima lună 101
2.5.1.4. Dificultăţi de alăptare din partea mamei 102
2.5.1.5. Dificultăţi de alăptare din partea sugarului 104
2.5.1.6. Contraindicaţiile alimentaţiei la sân 106
2.5.2. Regimul de viaţă şi alimentaţia mamei 107
2.5.3. Alimentaţia zisă "artificială" cu lapte de vacă 109
2.5.3.1. Fierberea laptelui 110
2.5.3.2. Obiecte necesare în alimentaţia artificială 110
2.5.3.3. Consideraţii generale asupra alimentaţiei artificiale 113

3. SUGARUL (DE LA 1 LUNĂ LA 12 LUNI)

3.1. De la 1 la 2 luni 123
3.2. De la 2 la 3 luni 135
3.3. De la 3 la 4 luni 142
3.4. De la 4 la 5 luni 147
3.5. De la 5 la 6 luni 157
3.6. De la 6 la 7 luni 163
3.7. De la 7 la 8 luni 167
3.8. De la 8 la 9 luni 172
3.9. De la 9 la 10 luni 174
3.10. De la 10 la 11 luni 177
3.11. De la 11 la 12 luni 180
3.12. Gimnastica sugarului 184
3.13. Jocul şi jucăriile 187

4. COPILUL DE LA 1 LA 6 ANI

4.1. Copilul mic (1-3 ani) 191
4.1.1. Relaţiile dintre părinţi şi copii 191
4.1.2. Dezvoltarea fizică (creşterea) 191
4.1.3. Dezvoltarea psihomotorie 192
4.1.3.1. Motricitatea generală şi fină 194
4.1.3.2. Dezvoltarea psihică 196
4.1.4. Comportamentul 197
4.1.5. Limbajul şi sensibilitatea normale între 1 şi 3 ani 199

4.1.6. Alimentaţia ... 201
4.1.7. Supraveghere şi îngrijiri ... 204
4.1.8. Îngrijirea în creşă ... 205
4.1.9. Controlul sfincterelor ... 205
4.2.Preşcolarul (3-6 ani) ... 207
4.2.1. Creşterea greutăţii, taliei şi perimetrului toracic ... 207
4.2.2. Dezvoltarea psihică şi socială. Limbajul ... 209
4.2.3. Alimentaţia ... 212
4.2.4.Probleme de somn ... 214
4.2.5. Îngrijiri, deprinderi, performanţe ... 215
4.2.6. Sportul ... 219
4.2.7. Mici probleme de educaţie ... 221

5. REŢETE CULINARE

5.1. Produse industriale pentru alimentaţia sugarului .. 223
5.2. Reţete pentru sugar ... 224
5.3. Reţete pentru copilul mai mare ... 227

6. ŞCOLARUL MIC. ADOLESCENTUL

6.1. Şcolarul mic ... 237
6.1.1. Părinţii faţă în faţă cu şcolarul mic ... 240
6.2. Adolescentul ... 242
6.2.1. Dezvoltarea fizică ... 244
6.2.2. Dezvoltarea psihosocială ... 244
6.2.3. Alegerea profesiei ... 246
6.2.4. Dezvoltarea funcţiei de cunoaştere (cognitivă) ... 247
6.2.5. Dezvoltarea morală ... 247
6.3. Alimentaţia (şcolar mic, adolescent) ... 248
6.4. Îngrijiri ... 252
6.5. Aer, soare, sport ... 253
6.6. Sexualitatea la copil ... 257

7. COPILUL BOLNAV

7.1. Îngrijirea copilului bolnav în familie ... 263
7.2. Rolul părinţilor ca ajutoare ale medicului ... 263
7.3. Elemente de apreciere a stării de boală ... 264
7.4. Informaţii ce trebuie furnizate medicului ... 269
7.4.1. Examenul medical la domiciliu ... 270
7.4.2. Câteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu ... 271
7.4.3. Regimul alimentar al copilului bolnav ... 273
7.5. Boli contagioase ... 275
7.5.1. Rujeola (pojar, cori) ... 275
7.5.2. Rubeola (pojărelul) ... 277
7.5.3. Varicela (vărsatul de vânt) ... 277
7.5.4. Scarlatina ... 278
7.5.5.Tusea convulsivă (tusea măgărească) ... 280
7.5.6. Oreionul (parotidita epidemică sau infecţia urliană) ... 281
7.5.7. Hepatitele virale ... 283
7.5.8 Tuberculoza ... 285
7.5.9. Gripa ... 288
7.6. Boala diareică acută ... 288
7.6.1. Supravegherea unui copil cu diaree ... 289
7.7. Boli ale aparatului respirator ... 291
7.7.1. Răceala ... 291
7.7.2. Rinofaringita acută ... 292
7.7.3. Anginele acute (amigdalitele acute) ... 293
7.7.4. Hipertrofia amigdalelor şi vegetaţiilor adenoide ... 294
7.7.5. Vegetaţiile adenoide ... 294
7.7.6. Otitele ... 295
7.7.7. Laringita acută ... 295
7.7.8. Bronşita acută ... 296
7.7.9. Pneumonia ... 297
7.7.10. Alergia respiratorie ... 297
7.7.11. Astmul bronşic ... 298
7.7.12. Bronşiolita ... 301
7.8. Boli ale pielii şi mucoaselor ... 302
7.9. Obezitatea ... 305
7.10. Convulsiile ... 308
7.11. Accidente şi intoxicaţii ... 310

8. SĂ SE PREVINĂ! ESTE CEL MAI BINE ... 319
8.1. Copilul are nevoie de dragoste. Relaţia mamă-copil-tată ... 319
8.1.1. Medicul de familie şi/sau pediatrul ... 320
8.2. Examene preventive ... 321
8.2.1. Examenul nou-născutului în maternitate 321
8.2.2. Examenul clinic în perioada de nou-născut în familie ... 321
8.2.3. Examenul clinic la vârsta de o lună ... 322
8.2.4. Examenul clinic la vârsta de 2 luni ... 322
8.2.5. Examenul clinic la vârsta de 4 luni ... 322
8.2.6. Examenul clinic la vârsta de 6 luni ... 322
8.2.7. Examenul clinic la vârsta de 9 luni ... 323
8.2.8. Examenul clinic la vârsta de un an ... 323
8.3. Vaccinările ... 324
8.3.1 Vaccinul BCG sau vaccinul contra tuberculozei ... 324
8.3.2. Difterie, tuse convulsivă (vaccinul DTP) 325
8.3.3. Tetanus ... 326
8.3.4. Poliomielita (paralizia infantilă) ... 326
8.3.5. Haemophilus influenzae tip b ... 326
8.3.6. Vaccinul antirujeolos ... 326
8.3.7. Vaccinul contra hepatitei B ... 327
8.4. Creştere. Dezvoltare. Evaluări ... 327
8.4.1. Dezvoltarea somatică (corporală fizică) .. 327
8.4.2. Curbele de creştere ... 328
8.5. Câteva sublinieri despre alimentaţie ... 333
8.5.1. Primele 4 luni: perioada laptelui ... 333
8.5.2. Din a 5-a lună: diversificarea ... 334
8.5.3. Grupe de alimente ... 334
8.5.4. Reguli de alimentaţie ... 336
8.5.5. Repartizarea meselor principale şi gustărilor ... 336
8.6. Profilaxia rahitismului ... 336
8.6.1. Medicamente ... 337
8.6.2. Prevenirea anemiei carenţiale feriprive ... 338
8.6.3. Tratamentul profilactic din timpul sarcinii, la mamă ... 338
8.7. Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 şi 3 ani ... 339

9. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ ... 347

10. INDEX ... 349

1 SARCINA ȘI NAȘTEREA

1.1. În așteptarea unui copil

1.1.1. Precauții pentru un copil sănătos

Când părinții doresc un copil, ei trebuie să-și plănuiască o sarcină, luând precauțiile pentru asigurarea unei nașteri normale. Sarcina, nașterea și unele complicații modifică total viața de familie. Dacă se hotărăsc să aducă pe lume o nouă vietate, ei sunt datori să ofere cele mai bune șanse pentru o dezvoltare psihică și corporală cât mai bună. În această hotărâre își au locul, pe lângă starea de sănătate a celor doi parteneri, toate problemele de relații familiale în cadrul căsătoriei (legitimitate, armonie, meserie, resurse financiare). Un rol esențial îl are *dorința ambilor părinți de a avea copii*. Copilul nu constituie o soluție de rezolvare a unor situații grele ci, dimpotrivă, eforturi și complicații. Copilul are dreptul necondiționat la dragoste și la asigurarea îngrijirilor din partea ambilor părinți.

Starea de sănătate. Mai întâi, părinții trebuie să-și stabilească în mod precis starea de sănătate. Femeia este bine să aibă sub 35 de ani, iar partenerul său să nu fie prea "înaintat" în vârstă. Peste vârsta de 40 de ani este necesar un "consult (sfat) genetic". Medicul de familie va face un examen clinic general pentru a depista unele "supărări" ale sănătății care pot determina riscuri cu urmări asupra sarcinii și nașterii. Mama va mărturisi medicului dacă are unele tulburări ca, de exemplu, dureri de cap, tulburări de somn, probleme digestive, nervozitate, hemoroizi, varice etc. Neapărat trebuie declarate infecțiile vezicale sau urinare, hiper- sau hipotensiunea arterială, migrena, anemia ori alte dereglări ale sănătății. De asemenea, unele boli cronice pot avea urmări asupra copilului: hepatita B, hepatita C, boala SIDA, diabetul, astmul, hipertensiunea arterială, bolile de inimă, de rinichi sau de tiroidă. În sfârșit, medicul trebuie să știe dacă mama obișnuiește să consume unele medicamente. Operațiile chirurgicale absolut necesare și investigațiile radiologice se vor face numai cu avizul medicului obstetrician. Când mama nu este sigură dacă a suferit de rubeolă, va fi testată și dacă rezultatul este negativ se va efectua o vaccinare antirubeolică. În primele luni de sarcină marea majoritate a vaccinărilor pot avea urmări nefaste asupra fătului. Să nu se uite un control stomatologic. Medicul obstetrician va trata cu minuțiozitate bolile căilor genitale: infecții sau infestări cu ciuperci (*Trichomonas* etc.).

Folosirea mijloacelor anticoncepționale. Cu 3 luni înainte de sarcină se recomandă să nu se mai folosească metodele anticoncepționale (pilula, steriletul). Nu apar malformații la făt prin folosirea de hormoni care împiedică ovulația sau de sterilete. La unele femei se observă însă o prelungire a ciclului menstrual prin folosirea îndelungată a pilulelor anticoncepționale. Ca urmare, la astfel de gravide, nu se poate face un calcul precis al termenului nașterii. Folosirea steriletului nu are nici o influență asupra metabolismului hormonal, dar, uneori, pot apărea modificări inflamatorii ale uterului. În cazuri rare, folosirea steriletului poate duce la riscul unei sarcini extrauterine (sarcină în afara uterului). De aceea, gravidele respective sunt datoare să se supună unui examen ginecologic temeinic.

Cu ajutorul metodei de control a temperaturii (după renunțarea la pilulă) femeia poate urmări evoluția ciclului menstrual, respectiv când a avut loc împerecherea spermatozoidului cu ovulul. Testele și metodele de computerizare nu sunt la îndemâna oricui.

1. *Modul de viață* are o mare importanță pentru desfășurarea armonioasă a sarcinii și a nașterii unui copil sănătos. Acceptarea examenelor medicale repetate și alimentația corectă sunt de mare importanță. Cântărirea se face periodic; plusul ponderal trebuie redus. Alcoolul și nicotina nu sunt lipsite de pericol. La femeile fumătoare înveterate trebuie realizat un consum redus la cel mult 5 țigări pe zi, dacă nu se poate suprima total așa cum ar fi ideal. Cele care sunt obișnuite cu unele medicamente (de somn, de liniște etc.) trebuie să renunțe la folosirea lor. Nu se vor folosi laxative și purgative.

Pentru menținerea frumuseții corporale, gravida se va mișca mult în aer liber. Pentru cele care fac sport, practicarea în continuare se va face numai cu avizul și sub observația medicului obstetrician.

Dacă se vor pune în practică cele enunțate mai sus, mama va oferi copilului un start bun în viață.

2. *Eliminarea riscurilor – sfatul genetic.* Când părinții se hotărăsc să aibă un copil, trebuie să cunoască dacă nu au balastul unei boli ereditare (moștenite). Dacă în familie există handicapuri sufletești sau corporale, malformații, avorturi și nou-născuți morți, părinții sunt datori să se întrebe dacă sunt apți pentru a concepe și crește un copil. Dacă sunt șanse de a naște un copil bolnav, este mai bine să se renunțe!

De asemenea, dacă sarcina a survenit relativ târziu, cu sau fără avorturi spontane, la o vârstă relativ întârziată mai ales a mamei, se poate întâmpla să se nască un copil cu probleme. În astfel de cazuri este absolut necesar un sfat genetic, pentru a înlătura teama și nesiguranța.

Cabinetele de genetică au luat ființă în orașe mari în Institute pentru ocrotirea mamei și copilului, în Clinicile universitare (copii și maternități) și pe alocuri în cadrul unor fundații sau cabinete particulare. Se începe cu consultarea unui obstetrician care pe lângă un examen amănunțit, tratează afecțiunile ocazionale ce ar putea avea urmări asupra produsului de concepție.

Scopul cabinetelor de genetică medicală este de a lămuri pe părinți asupra pericolelor ce le implică bolile de cauză genetică. Pentru unele boli genetice, malformații și anomalii cromozomice sunt la îndemână teoriile lui Mendel; la altele se cunoaște handicapul în funcție de repetarea cazurilor. Multe boli sunt diagnosticate azi înainte de naștere prin unele metode moderne (chorionbiopsia, ultrasunete, amniocenteza, fetoscopia). Unele defecte survin chiar în momentul fecundației, altele în decursul dezvoltării embrionare; altele vor apărea în urma acțiunii nocive ale unor factori din mediul extern (boli, medicamente, substanțe toxice, radiații etc.). În cele mai multe cazuri, teama părinților este nejustificată și consultul genetic îi face să nu mai aibă griji. În cazuri rare, când survine acțiunea unui factor nociv din afară, medicul este obligat să recomande întreruperea sarcinii.

Decizia de a avea un copil, de a menține sau întrerupe sarcina rămâne a părinților. Ei hotărăsc dacă se întrerupe sarcina sau de a o păstra cu riscul de a avea un copil handicapat, cu consecințele corespunzătoare. În ultima situație se va consulta medicul asupra posibilităților terapeutice de tratament și vindecare. Trebuie știut că progresele medicale actuale nu s-au îmbunătățit prea mult în ce privește tratamentul bolilor genetice.

De obicei, sfatul genetic constă într-o convorbire amănunțită cu medicul de familie, cu obstetricianul sau cu geneticianul. De bază este întocmirea unei anamneze cu schițarea unui arbore genealogic, cu toate informațiile despre sex, vârstă, numărul copiilor, bolile mai frecvente, urgențe medicale, vârsta și cauza deceselor atât în familia bărbatului, cât și a femeii. În alte cazuri sunt necesare examene temeinice ale cuplului, cât și unele teste de laborator. Uneori, pentru a se da un răspuns corect, se impune efectuarea unor examene de laborator. Când toate investigațiile de laborator și examenele medicale sunt normale, este foarte probabil ca produsul de concepție să fie sănătos.

În caz că sarcina s-a constituit cu ajutorul unor metode de diagnostic există posibilitatea (parțială) de a diagnostica un număr de boli moștenite, anomalii cromozomice, malformații sau tulburări metabolice. Consultul genetic nu oferă un diagnostic prenatal pentru garantarea unui copil complet sănătos. Nașterea unui copil este totdeauna un risc pentru o tulburare vizibilă sau ascunsă (așa-numitul risc de bază). Împotriva neprevăzutelor vieții nimic nu este sigur. Acțiunea nocivă a unei infecții cu virusuri, încărcătura cu radiații sau consumul unor medicamente în primele săptămâni de sarcină trebuie cunoscute.

În următoarele cazuri se recomandă consultul (sfatul) genetic:

– bărbatul și femeia sunt rude de sânge;

– unul din parteneri suferă de o boală condiționată genetic de o leziune corporală;

– s-a născut un copil cu un handicap;

– în familie se manifestă boli moștenite;

– femeia a avut mai multe avorturi spontane neclarificate sau nașteri de copii morți;

– femeia sau partenerul în momentul fecundării au fost expuși unei influențe nocive ca: medicamente (de exemplu, toate medicamentele citostatice – împotriva cancerului), o doză mare de radiații ori substanțe otrăvitoare;

– când femeia are peste 35 de ani, deoarece la vârsta înaintată a mamei există riscul unei tulburări cromozomice, îndeosebi trisomia (sindromul Down).

3. *Teste de depistare precoce a sarcinii.* Când nu apare sângerarea lunară, orice femeie se întreabă: "sunt sau nu însărcinată?". Uneori menstruația întârzie. Dintre cauzele care determină astfel de dereglări amintim: o călătorie, modificarea climei, solicitările psihice (supărări, emoții, examene), folosirea anticonceptionalelor, unele îmbolnăviri. Fie că dorește un copil, fie că se teme de o sarcină fără voie, femeia respectivă trebuie să primească repede și sigur un răspuns la această întrebare.

Testul se bazează pe principiul că în urină există un hormon care dă o reacție specifică. Acest hormon se numește *chorion-gonadotropina umană* și are o importanță mare în dezvoltarea placentei. Acest test este pozitiv în 90-99%. Un rezultat negativ nu înseamnă neapărat că persoana respectivă nu este însărcinată. De aceea multe firme de medicamente vând preparatul în două doze pentru a putea fi repetat după o săptămână. Un rezultat fals-pozitiv poate fi dat și de alte influențe cum ar fi: prezența albuminei în urină din unele boli renale.

În concluzie, orice femeie trebuie să consulte un obstetrician sau medicul de familie în caz că menstruația întârzie peste 2 săptămâni. Este important ca gravida să noteze data precisă a ultimei menstruații pentru calculul corect al termenului nașterii. Odată cu confirmarea termenului nașterii medicul obstetrician va face un examen medical amănunțit pentru a cunoaște starea generală a sănătății gravidei. Un medic bun va rezerva mult timp pentru o convorbire amănunțită asupra tuturor problemelor.

Medicul trebuie să cunoască bine viața personală, bolile moștenite și operațiile din trecutul și prezentul gravidei. De un interes deosebit sunt evoluțiile sarcinilor anterioare. El va nota data primei zile a ultimei menstruații și informațiile furnizate de mamă despre lungimea ciclului menstrual și va calcula termenul nașterii.

4. *Investigații.* La primul examen și la următoarele consultații de rutină sunt prevăzute următoarele investigații:

- Determinarea grupului sanguin și al factorului Rhesus (Rh) al celor doi parteneri.
- Titrul anticorpilor formați – dacă a avut sau nu rubeolă.
- Hemograma pentru a stabili o eventuală anemie.
- Creșterea greutății în timpul sarcinii.
- Măsurarea tensiunii arteriale.
- Controlul urinei (sumar de urină), albuminurii (boală de rinichi), unei glicozurii (diabet). În caz de suspiciune de infecție urinară, se va efectua o urocultură.
- Medicul va controla picioarele gravidei pentru a depista edemele (umflarea membrelor inferioare prin acumularea de apă în țesuturi) și varicele.
- Apoi va pipăi abdomenul pentru a urmări dezvoltarea uterului, va asculta bătăile inimii fătului, iar în ultimele săptămâni de sarcină va stabili poziția copilului.

Pe lângă aceste examene de rutină, în ultimul timp se recomandă cel puțin două examene cu ultrasunete (ecografia).

- La sarcinile cu risc crescut se impune o supraveghere și o mai mare atenție, adăugându-se alte metode de examen, cum sunt: cardiotocografia, amniocenteza (puncția pungii amniotice), amnioscopia (examenul lichidului amniotic) și analize hormonale.

Toate acestea se trec în carnetul de sănătate al gravidei. În caz de călătorii sau de schimbare de domiciliu carnetul de sănătate oferă cele mai importante informații despre evoluția sarcinii. În caz de urgență, cu ajutorul carnetului de gravidă, medicul va fi lămurit imediat despre stadiul sarcinii și va putea ajuta cu succes pe copil.

1.1.2. *Alimentația gravidei. Să mănânce pentru doi?*

Dezvoltarea normală a fătului în uter depinde în mare măsură de o comportare corectă a gravidei și, îndeosebi, de alimentație. Viitoarea mamă nu trebuie să-și modifice, în general, modul de viață și nici să mănânce pentru doi. Gravida trebuie să mănânce după cum îi este poftă. Comportamentul alimentar și modul de viață sunt fixate în funcție de nevoile neobișnuite ale corpului. Gravidele pot să aibă unele pofte acute pentru anumite mâncăruri, pentru dulciuri, altele pentru acrituri. Indiferent de aceste pofte, gravida va avea grijă să consume alimente cu multă valoare nutritivă.

Cantitatea de alimente, respectiv nevoile calorice sunt puțin crescute. O femeie sănătoasă, fără a fi gravidă are nevoie zilnic de 2 200 kilocalorii sau 9 200 kilojoule. Această rație nu se modifică în primele

4 luni de sarcină. După a 4-a lună este necesar un surplus de 300 kilocalorii (1 250 kilojoule), respectiv nevoile totale cresc la 2 500 kilocalorii (10 450 kilojoule).

Este important ca pe lângă aportul de calorii, să se controleze conținutul în substanțe nutritive. Proteinele, grăsimile, hidrocarbonatele, vitaminele, mineralele și lichidele trebuie să fie în cantitate precisă și în anumite proporții, deoarece în caz contrar ele determină anumite tulburări cu urmări asupra dezvoltării copilului.

Proteinele constituie cea mai importantă substanță de creștere pentru corpul uman și îndeosebi pentru organismul în creștere al copilului. Proteinele constau din așa-numiții aminoacizi, care rezultă în urma digestiei proteinelor animale și vegetale. Anumiți aminoacizi sunt absolut necesari pentru creșterea și sănătatea generală a organismului: o parte din acizi se numesc **esențiali**. Dacă lipsește numai unul din acizii esențiali, apar tulburări în formarea proteinelor corpului. Proteinele de origine animală conțin acești importanți aminoacizi, în timp ce cele din plante nu-l conțin decât parțial.

Cantitatea necesară de proteine la femeie este de 45 g/zi. *În sarcină nevoile cresc după a 4-a lună la 75 g/zi, din care trei pătrimi trebuie să fie de origine animală (carne, lapte și derivate, pește, ouă).* Plantele care conțin proteine sunt leguminoasele (fasole, soia, mazărea, lintea), cerealele (ovăzul, porumbul, orezul necorticat), pâinea integrală, cartofii, nucile și drojdia. Alimentele cu proteine vegetale trebuie consumate împreună cu proteine de origine animală.

Practic, necesarul zilnic de proteine se asigură prin consumul a 125-150 g carne, un ou și 500 ml lapte sau produse lactate (iaurt, brânză). Se vor evita brânzeturile grase sau sărate (telemea de oi, brânză de burduf etc.). Se va prefera carnea slabă (găină, pui, curcan, mânzat, oaie, porc), evitându-se carnea grasă și preparatele condimentate din carne. Carnea și ouăle sunt sursele cele mai bogate în proteine și fier, practic egale ca valoare. În caz că gravida nu prezintă alergie la ouă și nu are o creștere a colesterolului, va mânca 4—6 ouă pe săptămână. Lactatele conțin predominant proteine și calciu.

Deși cu valoare biologică mai mică, proteinele de origine vegetală trebuie să fie și ele în alimentația gravidei. În natură proteinele vegetale se găsesc în asociere cu vitaminele, substanțele minerale și fibre vegetale, care sunt de importanță deosebită pentru organismul femeii însărcinate.

Grăsimile sunt, în primul rând, furnizoare de energie. În general, se consumă mai multe grăsimi decât este necesar (cca 130 g), ceea ce duce la îngroșarea țesutului grăsos.

Procentul necesar de grăsimi înainte și în timpul sarcinii este egal, respectiv 25-30 procente din totalul alimentelor energetice. Femeia neînsărcinată și gravida în primele patru luni de sarcină au nevoie de cel mult 70 g de grăsimi/zi, iar după a 4-a lună cca 80 g. Alimentele cu grăsime în cantitate mare sunt: untul, uleiul, slănina, smântâna, frișca.

O mare parte din grăsimi sunt conținute în alte alimente (așa-zisele grăsimi "invizibile"): carnea grasă, unii pești (heringii, crapul, somnul, țiparul), salamul, șunca; unele brânzeturi (telemea de oi sau bivoliță, unele sorturi de cașcaval), smântâna, maioneza, cremele pentru torturi și prăjituri, tocăturile cu grăsimi, cartofii prăjiți, ciocolata, nucile, înghețata. Cea mai mare proporție de grăsimi se găsește în slănină, untură, unt, ulei, costiță afumată.

Se evită, pe lângă excesul de alimente cu conținut mare de grăsimi, și carnea friptă în untură, cartofii prăjiți.

Se preferă carnea slabă (vacă, viței, găină), peștele slab (știuca, șalăul, păstrăvul), salamurile slabe, brânzeturile degresate (20-30 procente grăsimi în masa închegată), laptele degresat (lapte normalizat cu 18-20% grăsimi), brânza de vaci degresată, iaurtul din lapte degresat, laptele acru (zerul, kefirul). De asemenea, gălbenușul de ou are multă grăsime. Friptura este bine să se pregătească pe grătar, în oala de presiune, în grill.

În același timp grăsimile sunt compuse din "pietre de construcție". Acestea constau din așa-zișii *acizi grași esențiali* (de exemplu acidul linoleic), de importanță vitală pentru organism. În special sunt foarte prețioase în alimentație grăsimile cu *punct de topire coborât* (ulei), deoarece sunt ușor digerabile și au conținut crescut în vitamine și acizi grași nesaturați. Dintre acestea cel mai bogat este uleiul de floarea-soarelui, urmat de uleiul de porumb, de germeni de cereale, de soia și de dovleac. Pentru gătit, prăjit și salate se va folosi numai uleiul de plante. Grăsimile animale conțin o mare cantitate de acizi grași saturați, neindispensabili și mai greu digerabili de organismul uman. Grăsimile de vacă, oaie și porc sunt mai puțin valoroase pentru alimentație, ele servind pentru organism numai ca sursă de energie.

Hidrocarbonatele (glucidele). În acest grup sunt cuprinse diverse dulciuri, amidonul din tot felul de plante şi animale, ca şi celuloza care constituie substanţa de susţinere a plantelor. De asemenea, ele constituie "pietrele de construcţie" ca zaharuri simple (monozaharide) în diferite structuri ale organismului. Corpul le foloseşte numai sub forma cea mai simplă de hidrocarbonate (glucoză, fructoză şi galactoză) intrând în compoziţia sângelui. Hidrocarbonatele din alimentaţie se găsesc sub formă de dizaharide, oligozaharide sau/şi polizaharide şi prin digestie sunt transformate în monozaharide. Celuloza este necesară reglării activităţii tubului digestiv.

Hidraţii de carbon sunt deţinătorii cei mai importanţi ai energiei necesare activităţii musculare. 350 g de hidrocarbonate acoperă circa jumătate din nevoile calorice zilnice. În sarcină trebuie consumat cu cca 20 g mai mult. Excesul de hidrocarbonate se transformă în organism în grăsimi şi sunt acumulate sub această formă în corpul uman. Consumul crescut de dulciuri favorizează cariile dentare (se ştie că gravida este predispusă la carii). Hidrocarbonatele din fructe şi zarzavaturi conţin vitamine şi săruri minerale. Hidrocarbonatele rafinate (zahărul) nu conţin săruri minerale şi vitamine.

Pentru gravidă se recomandă alimente cu substanţe de balast ca pâinea neagră, pâinea Graham, fructe şi zarzavaturi. Orezul, pastele făinoase, pâinea albă nu conţin substanţe de balast, vitamine şi substanţe minerale şi de aceea se consumă nu mai mult de o dată pe zi. La masa de dimineaţă trebuie să se consume şi fructe sau zarzavaturi (tomate, ardei gras etc.). În fiecare zi este bine să se consume alimente neprelucrate, crude, simple sau în amestecuri (salate, garnituri etc.).

Vitaminele sunt substanţe care, în cantităţi mici sunt absolut necesare pentru menţinerea sănătăţii. Ele reglează transformarea alimentelor şi funcţionarea organelor. În lipsa lor apar o serie de tulburări şi de boli carenţiale. Se deosebesc vitamine hidrosolubile (B_1, B_2, niacina, B_6, acidul folic, acidul pantotenat, biotina, B_{12} şi vitamina C) şi liposolubile – se dizolvă în grăsimi (A, D, E şi K).

Supradozarea vitaminelor A şi D (hipervitaminoză) duce la tulburări grave. Supradozarea vitaminei A determină pierderea poftei de mâncare, vărsături, descuamări, mărirea ficatului, ca şi tumefieri ale ganglionilor şi articulaţiilor. În timpul sarcinii se bănuie că predispun la malformaţii ale copilului.

Supradozarea vitaminei D duce la lipsa de poftă de mâncare, vărsături, tulburări ale stomacului şi intestinului, calcifieri în rinichi şi vasele de sânge. Este posibil (după unii autori) să determine malformaţii ale inimii şi ale sistemului nervos central.

Surplusul de vitamine hidrosolubile (C, grupul B) se elimină prin urină.

Unele vitamine pot fi produse de organism însuşi (vitamina A din caroten, vitamina D cu ajutorul razelor ultraviolete, vitamina K prin activarea bacteriilor intestinale). Alte vitamine, ca vitamina C şi complexul B trebuie cuprinse în alimentaţia zilnică. Conţinutul în vitamine al fructelor şi zarzavaturilor ţine de prospeţimea, durata depozitării şi modul de pregătire. Cea mai mare parte a vitaminelor sunt parţial degradate prin lumină, oxigen (vitamina A, complexul B; vitaminele C, E şi K) şi sunt sensibile la căldură (prin fierbere sau coacere se distrug vitaminele B_6, C şi K).

Gravidele trebuie să consume zarzavaturi proaspete sub formă de salate, fructe şi sucuri proaspete. Este bine să se folosească congelatorul, care asigură o protecţie foarte bună a vitaminelor şi substanţelor minerale.

Din luna a 4-a de sarcină nevoia de alimente care conţin vitamine creşte. Zilnic sunt necesare *½ litru lapte, un ou, brânză, pâine integrală, zarzavaturi, fructe, carne* sau *peşte*, având grijă ca în dieta zilnică să fie prevăzute alimente cu vitamine. În perioadele cu boli gripale este nevoie de un surplus de vitamină C. Pentru viitoarea mamă este foarte necesară prevenirea "răcelilor". Dacă gravida se hrăneşte corect şi dacă nu are vreo boală carenţială, nu este nevoie să se consume preparate medicamentoase de vitamine (în afară de vitamina D, care trebuie administrată sub formă medicamentoasă).

Substanţele minerale şi oligoelementele sunt absolut necesare pentru procesele metabolice ale organismului. Nevoile organismului în aceste substanţe sunt în cantităţi mici şi de obicei se găsesc din belşug într-o alimentaţie normală. În timpul sarcinii nevoile de calciu, fosfor şi fier sunt mai mari. Calciul şi fosforul sunt necesare îndeosebi organismului copilului pentru formarea sistemului osos şi a dinţilor. Alimente bogate în calciu sunt: telemeaua, caşcavalul, brânza Camembert, laptele, iaurtul, brânza de vaci degresată. Varza, nucile, spanacul, usturoiul, guliile, ţelina (rădăcina) şi pătrunjelul conţin cantităţi mici de calciu.

Când gravida nu poate consuma, din diverse motive, lapte sau derivate de lapte (brânză, iaurt), se va administra calciu sub formă de medicamente, pentru că nici un alt aliment nu conține cantitatea de calciu necesară acoperirii nevoilor organismului femeii însărcinate.

Din cauza pierderilor de sânge prin menstruațiile lunare, la majoritatea femeilor nu sunt acoperite nevoile de fier printr-o alimentație obișnuită. În sarcină prin micile pierderi de sânge și prin fierul ce este furnizat de către mamă fătului, de foarte multe ori se ajunge la o anemie. De aceea, mai ales în ultimele luni de sarcină, este necesară o dietă cu alimente bogate în fier: carnea (mai ales ficatul), peștele și gălbenușul de ou. Mulți autori susțin că resorbția fierului este favorizată de consumul concomitent de sucuri cu vitamina C.

De multe ori anemia nu poate fi corectată numai prin consumul de alimente, ci trebuie administrat un produs medicamentos, la recomandarea medicului. De multe ori preparatele de fier înnegresc scaunele și dinții; în ambele situații se continuă tratamentul. Mai dificil este tratamentul când gravida are neplăceri digestive: constipații sau diaree, balonări, dureri.

O atenție deosebită trebuie acordată consumului *sării de bucătărie (clorura de sodiu)*. Sodiul și clorul favorizează reținerea apei în țesuturi. Nevoile zilnice de sare se condiționează de reținerea apei în corp, mărirea volumului de sânge, formarea edemelor și creșterea greutății corporale. Rația zilnică de sare este de 5-7 g la femeia neînsărcinată. Persoanele care obișnuiesc să mănânce mai sărat ajung să aibă mai multă apă în țesuturile corpului și să încarce circulația inimii și vaselor, ducând la instalarea hipertensiunii arteriale. De asemenea, rinichii nu funcționează bine la unele gravide. De aceea se vor evita alimentele prea sărate sau ținute în saramură, ca: salamul, peștele sărat, șunca, telemeaua, brânza topită, prăjiturile cu sare (saleurile etc.), alunele sărate, varza acră, murăturile. Se vor consuma alimente proaspete sau congelate, fructe sau zarzavaturi uscate sau deshidratate și în nici un caz fructe sau rădăcinoase conservate cu sare. O alternativă o constituie extractele de drojdie de bere și dieta cu sare fără sodiu. Atenție mare la etichetele de la apele minerale deoarece unele conțin mult sodiu!

Iodul. În zonele cu gușă endemică este bine să se folosească sare cu iod. Iodul este important în organismul uman pentru construcția tiroidei. Tiroida fătului începe să funcționeze după a treia lună de sarcină, când cresc nevoile de iod ale viitoarei mame. Alimentația obișnuită acoperă, de regulă, nevoile. Din păcate, în țara noastră sunt zone cu populații ce prezintă mărirea glandei tiroide (gușa = *struma*) și unii nounăscuți se nasc cu gușă. Acestor copii trebuie să li se administreze zilnic sare cu iod (tablete):

Lichidele. Nevoia zilnică de lichide este de circa 1,5 litri; în miezul verii, din cauza transpirației nevoile de lichide sunt mai mari. În unele cazuri (rare) la recomandarea medicului, se reduce consumul de lichide. În general, însă, este nevoie de cantități mai mari de lichide.

Dintre lichide, cel mai util pentru făt este laptele (0,5 l/zi). Dacă gustul laptelui simplu nu-i place gravidei se poate adăuga cacao sau se pot face amestecuri de lapte cu cereale (orez, griș, fulgi de porumb etc.) sau cu fructe (suc sau/și pulpa) proaspete. Sucurile de fructe sunt foarte bune pentru digestie, dar fără multă apă gazoasă și nu cu multe dulciuri. Apele minerale fără dulciuri nu sunt oprite, dacă nu au conținut prea mare în sodiu. Sunt foarte indicate ceaiurile de plante (chimen, anason, mușețel, tei, mentă etc.) îndulcite cu miere sau zahăr în cantități mici.

Problema alimentației cu vegetale. Unele femei sunt adepte convinse ale alimentației cu vegetale. În ultimul timp au apărut articole și chiar cărți care preconizează o alimentație exclusiv vegetală. Fiecare gravidă trebuie să știe că dieta compusă numai din vegetale nu asigură substanțele necesare pentru propriul său corp și mai ales pentru al fătului. Astfel de diete nu asigură rația optimă de proteine cu valoare ridicată, calciu, fier și vitamina B_{12}.

Ceaiul negru ("chinezesc", "rusesc") și cafeaua se pot consuma cu moderație. Ceaiul rusesc consumat la mesele principale împiedică preluarea fierului din alimente. Dintre *băuturile alcoolice*, vinul de bună calitate și berea pot fi consumate în cantități mici. Se vor evita băuturile distilate (țuica, vodca, coniacul, whiski-ul etc.).

Fumatul trebuie exclus complet în cursul sarcinii și lăuziei, în interesul copilului. Frecvența nașterilor premature este net crescută la marile fumătoare. Dacă fumatul nu se poate opri complet, se va reduce la minimum numărul de țigări fumate zilnic.

Ce alimente sunt contraindicate? Se vor evita alimentele bogate în grăsimi: slănina, maioneza, carnea grasă, cartofii prăjiți și în glucide: zahărul, mierea, dulceața, gemurile, excesul de macaroane sau orez,

prăjiturile, înghețata, floricelele. Nu se va consuma pește sărat, iar sarea se va reduce în general.

Ce alimente trebuie să fie prezente în fiecare zi în alimentația gravidei:

– circa ½ litru lapte (sau echivalentul său în lapte sau brânzeturi);
– carne sau pește;
– vegetale;
– fructe;
– un ou (dacă gravida nu are colesterolul crescut);
– preparate din cereale integrale.

De asemenea, gravida va primi, la indicația medicului vitamina D și eventual un preparat din polivitamine. În caz de anemie carențială se administrează preparate de fier.

În rezumat, femeia gravidă va primi o alimentație echilibrată, cu un conținut bogat în proteine animale, vitamine și fier. Grăsimile și proteinele nu vor depăși ratia normală, iar dintre hidrații de carbon se vor alege cei cu valoare biologică mai mare. Se vor evita excesul de dulciuri, produse de patiserie, ciocolata și bomboanele. Se recomandă regimurile bogate în substanțe zise "de lest", adică acelea care conțin din abundență celuloză (fructe, zarzavaturi crude și pâine integrală), pentru stimularea peristaltismului intestinal.

Alimentarea gravidei poate fi stânjenită în primele luni de sarcină de grețuri, vărsături, gusturi anormale și lipsa poftei de mâncare. Nesatisfacerea "*poftelor*" nu prejudiciază fătul și nici nu duce la avort. *Vărsătura matinală (de dimineață)* se combate cel mai eficace prin luarea micului dejun în pat. Pentru a ameliora gustul alimentelor se va recurge la borș, lămâie și la arome culinare. La unele gravide, odată cu evoluția sarcinii, se instalează un apetit crescut, căruia i se asociază cu timpul și o sete puternică. Viitoarea mamă trebuie să se satureze, dar nu să mănânce "pentru doi". Foamea și setea pot fi combătute prin ingerarea de salate și fructe proaspete.

Cum pot fi tratate vărsăturile și greața gravidei. Dacă greața și vărsăturile se prelungesc în timp, se renunță la toate prescripțiile dietetice. Gravida va mânca numai ce-i place și ce nu-i "face rău".

Se folosește o gamă întreagă de medicamente: antispastice, alcaline, sedative. Mai recent s-au adăugat antihistaminicele de sinteză și unele tranchilizante, care se vor folosi însă numai la recomandarea și sub supravegherea strictă a medicului.

Cazurile mai grave, unde se impune echilibrarea hidroelectrolitică prin perfuzii intravenoase, se internează în spital. Uneori, la baza acestor simptome stă o tulburare de ordin psihic, care necesită un tratament de specialitate.

• *Tratamentul salivației excesive (sialoree)*, care însoțește greața și vărsăturile sau unele curiozități ale apetitului, se poate face cu doze mici de atropină. Un alt remediu este oferit de mestecarea de dulciuri consistente sau gumă de mestecat.

• *În caz de subalimentație* carențele ating mai întâi pe mamă și numai în cazuri grave pot afecta fătul, deoarece acesta din urmă este, de fapt, "primul servit".

Anemia, obezitatea, cariile dentare, decalcifierile, oboseala, lipsa apetitului, apărute în timpul sarcinii, sunt, de obicei, manifestări ale unei alimentații defectuoase.

Combaterea constipației. În timpul sarcinii, la multe femei apare o tendință la constipație, care generează o stare de neplăcere temporară. Pentru a o combate se vor consuma de preferință legume fierte sau sub formă de salate și vegetale crude, fructe (prune, pere, pepeni, struguri, portocale, smochine), pâine neagră, lapte bătut, iaurt. De asemenea se recomandă ca gravida să se miște mult. În general salatele de crudități cu ulei și unele fructe (prune, pere) ca și consumul zilnic de orice crudități sunt eficiente.

Este recomandabil ca gravida să-și formeze obiceiul de a încerca să aibă scaun în fiecare dimineață după micul dejun. Dacă indicațiile de mai sus nu sunt eficiente, se va încerca următorul regim:

– *dimineața*, pe nemâncate, gravida va consuma un mic amestec constituit dintr-un ou moale, o lingură de ulei de măsline și două linguri de miere de albine, după care va bea un pahar de ceai cu pâine neagră;

– la *masa de prânz* va consuma și/sau compoturi de prune uscate sau pere și salate de crudități;

– înainte de a merge la culcare va mânca fructe.

În caz că nici una din sugestiile de mai sus nu au fost eficiente, va apela la medicul obstetrician, care va indica un laxativ ușor. Eventual va lua lactoză (2-3 linguriție pe zi) dizolvată în apă sau lapte.

Nu se va lua fără aviz medical nici un laxativ (sau purgativ), deoarece aceste medicamente nu acționează numai asupra intestinului, ci și asupra uterului, putând provoca la femeile predispuse, un avort sau o naștere prematură. Medicii indică, de obicei, laxative ușoare care conțin lubrifiante vegetale, oleu de parafină sau lactoză.

Constipația, vărsăturile matinale și gusturile anormale dispar, în general, după luna a IV-a de sarcină.

Urina. Examenul urinei se face la indicația medicului. În vederea cruțării rinichilor, mama este datoare:

– să bea în jur de 1 litru de lichide pe zi (lapte + supă + apă + ceaiuri sau sucuri de fructe);

– să se adreseze medicului de îndată ce urina este mai închisă la culoare, este în cantitate mai mică sau miroase urât și/sau dacă micțiunile se însoțesc de senzații neplăcute (usturimi, dureri, dificultate la urinat).

1.1.3. Curățenia și îngrijirea corpului

Curățenia și îngrijirea corpului joacă un rol deosebit. Se recomandă băile generale cu apă călduță (într-o cadă bine curățită și dezinfectată) sau dușurile călduțe. Pentru prevenirea accidentelor (prin alunecare) se va pune în cadă o rogojină sau un prosop aspru. Dacă în ultimele săptămâni de sarcină gravidei îi este greu să intre și să iasă din cadă, ea se va spăla mai bine cu un burete în afara căzii. Dușurile vor fi frecvente, întrucât în ultima perioadă gravida transpiră mult. Băile reci sau fierbinți sunt interzise, putând declanșa contracții uterine.

În lipsa instalației de baie este obligatorie spălarea zilnică cu ajutorul unui lighean insistând asupra cutelor pielii (sub și în jurul mamelelor, gât, subsuoară, zonele din jurul organelor genitale).

Igiena corporală riguroasă, tăierea unghiilor și schimbarea frecventă a lenjeriei de corp și de pat sunt deosebit de importante, îndeosebi în ultima parte a sarcinii. Pielea gravidei fiind mai sensibilă, săpunul obișnuit va fi înlocuit cu un săpun neiritant (de bună calitate). După baie, pielea se fricționează ușor cu un prosop aspru, ceea ce contribuie la mărirea supleței acesteia și la activarea circulației. Nu se aplică pe piele creme sau unguente, care astupă porii și împiedică eliminarea secrețiilor cutanate. Nu se folosesc deodorante în regiunea axilară, deoarece duc, de asemenea, la înfundarea canalelor sudoripare și pot favoriza formarea de furuncule. Femeile care transpiră mult se pot pudra cu talc sau cu pudră pentru copii, aplicată pe fața internă a coapselor, în jurul organelor genitale, sub sâni etc.

În ultimele săptămâni de sarcină, gravida va dormi singură în pat.

• *Infecțiile pielii. Orice plagă cutanată infectată* (eroziuni zemuinde, vezicule, pustule) va fi semnalată medicului și tratată cu promptitudine și meticulozitate. În orice caz se va evita cu strictețe contactul cu persoane care prezintă plăgi purulente; toate obiectele folosite de gravidă vor fi strict individuale. Femeia însărcinată nu va îngriji niciodată membrii de familie sau alte persoane care prezintă afecțiuni purulente.

• *Igiena organelor genitale externe*. În timpul sarcinii se produce o creștere a secrețiilor vaginale, care, de obicei, nu are nici o semnificație patologică. Prin abundența lor, însă, aceste secreții provoacă uneori iritații locale. De aceea se va face toaleta externă cu apă călduță și săpun zilnic și după fiecare scaun, folosind un lighean sau o căditță, care au fost spălate sau dezinfectate în prealabil. Irigațiile vaginale sunt complet interzise în ultimele 6-8 săptămâni ale sarcinii, pentru că pot declanșa contracții uterine. De altfel, nici la începutul sarcinii nu se vor efectua decât la prescripția strictă a medicului. Folosirea closetelor publice se va face cu deosebită grijă pentru a evita infecțiile.

Organele genitale externe nu se curăță decât după ce mâinile au fost bine spălate cu apă caldă și săpun. Se vor folosi numai comprese sterilizate sau bucăți de pânză fină, fierte, spălate bine și călcate cu un fier bine încins. Curățirea organelor genitale se face cu mișcări dinainte înapoi, spre zonele anale, pentru a evita murdărirea sau infectarea regiunii vulvare.

• *Comportamentul sexual* este diferit, ținând seama de modificările organismului, de profilul sufletesc al mamei în devenire, de climatul efectiv din familie, de mediul cultural-educativ în care trăiește. La primipare, mai ales la începutul gestației, libidoul și orgasmul sunt diminuate.

La multe femei, dorința sexuală crește. Sub influența hormonilor sexuali (gonadici), organele sexuale sunt mai vascularizate, vaginul este mai umed (mai bogat în secreții), iar sânii devin mai sensibili (mai dureroși). Femeia care dorește copilul acceptă cu satisfacție starea în care se află, consideră că este demnă să fie dorită, este accesibilă la relații intime naturale și o încântă orice

manifestare afectuoasă. Datorită modificărilor psihice şi a formelor pline, majoritatea femeilor gravide devin partenere fascinante; bărbaţii se simt mai legaţi din punct de vedere erotic; sunt surprinşi de neaşteptata lor pasiune. Viaţa de familie bazată pe iubire va continua şi în timpul sarcinii. Reacţiile sexuale sunt diverse. La unele perechi, dorinţa sexuală scade sau încetează. La începutul sarcinii multe femei sunt obosite, au greţuri. Spre sfârşitul sarcinii, datorită schimbărilor fizice (creştere mare în greutate, deformări ale corpului, faţa pătată etc.) unele gravide devin neatractive. La unele femei apar probleme în ceea ce priveşte rolul de "mamă şi iubită", iar la altele (puţine) se notează negativisme faţă de sarcină.

Odată cu creşterea lunilor de sarcină, comportamentul sexual al multor bărbaţi se schimbă: dorinţa de a iubi fizic se pierde atât datorită schimbărilor fizice ale femeii, cât şi fricii ca actul sexual să nu dăuneze copilului.

Alţi bărbaţi simt că în legătura soţ-soţie se interpune "al treilea", care trebuie protejat. Dacă femeia acordă o prea mare importanţă fătului, la unii bărbaţi apare un sentiment de gelozie faţă de noul "rival". Majoritatea bărbaţilor sunt neajutoraţi, neştiind cum să se comporte.

Este de datoria femeii să-l facă pe soţ să înţeleagă că nu este neglijat şi să simtă atât în timpul sarcinii cât şi după naştere că îi este de mare ajutor. În ultimele 4-6 săptămâni înainte de naştere este bine să se înceteze relaţiile sexuale (orificiul uterin se lărgeşte şi pot produce germeni; se pot declanşa contracţii uterine etc.). La femeile cu antecedente obstetricale şi la cele cu tulburări (pierderi de sânge, contracţii uterine, dureri de mijloc etc.) se evită orice contact sexual.

Îngrijirea dinţilor. Gravida trebuie să-şi îngrijească dinţii în mod deosebit. În timpul sarcinii, dinţii sunt predispuşi la carii; uneori se constată sângerări ale gingiilor. Se impune o igienă riguroasă a gurii, folosirea pastei de dinţi cu fluor şi un consult stomatologic. Se evită consumul excesiv de dulciuri; se interzic: consumul excesiv de dulciuri rafinate, de miere şi de bomboane "lipicioase" după masa de seară.

Tratamentul stomatologic poate fi efectuat în tot cursul sarcinii. Anestezicele se vor folosi numai cu avizul obstetricianului.

Sânii şi mameloanele (vezi pag. 40) se spală în fiecare zi cu apă şi un săpun moale şi se şterg cu un prosop mai aspru. Această frecţie constituie pentru piele cel mai bun fortifiant şi face să se reliefeze mameloanele.

Începând din luna a IV-a de sarcină poate surveni o secreţie lichidă din mameloane. În astfel de cazuri se aplică comprese cu tifon în conul sutienului pentru protejarea hainelor. Dacă această secreţie se usucă pe mameloane, apar dureri şi roşeaţă; de aceea se vor spăla de mai multe ori pe zi cu apă călduţă. Mameloanele îndurate se ung cu cremă cu lanolină şi se acoperă cu tifon. Dacă apar fisuri, se spală mameloanele cu apă călduţă şi se acoperă cu tifon steril.

Gravida va alege un tip de sutien care să ridice sânii şi care să evite comprimarea mameloanelor. Nu se poartă sutiene prea strânse pentru că acestea stânjenesc creşterea normală a sânului în timpul sarcinii. Eventual se secţionează vârfurile unor sutiene mai vechi pentru a evita compresiunea mameloanelor. Cu efecte bune sunt băile de aer ale sânilor: de 1-3 ori pe zi gravida va sta culcată cu sânii descoperiţi câte 2-3 ore.

Mameloanele mici, retractate sau ombilicate vor fi masate cu mişcări de rotaţie şi tracţiune, încercând să fie aduse afară (fig. 1.1).

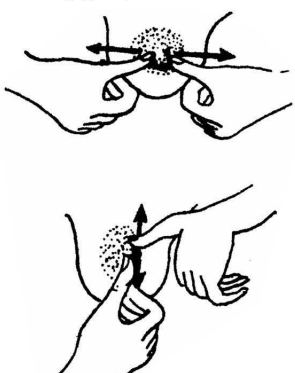


Fig. 1. 1 – Masajul sânilor.

Vergeturile de pe abdomen. Ele se pot reduce la minimum, dacă gravida are grijă să nu crească prea mult în greutate. Unii medici indică aplicaţii de lanolină sau de cremă în zona vergeturii, însoţite de masaj zilnic de 10-15 minute.

Micțiunile frecvente din timpul sarcinii se datoresc fie compresiunii fătului asupra vezicii, fie unei cistite (infecție bacteriană a vezicii). În prima eventualitate nu se face nimic, în cea de a doua se impune efectuarea unei uroculturi și tratament corespunzător.

Varicele membrelor inferioare apar frecvent în timpul sarcinii, fiind determinate de compresiunea exercitată de uterul mărit asupra venelor bazinului. Se vor evita elasticele circulare (jartiere) pe gambe sau coapse, se vor purta ciorapi elastici sau se va aplica o fașă elastică, dimineața înainte de scularea din pat. Gravida va evita să lucreze mult în picioare și, de câteva ori pe zi, va sta în poziție orizontală cu gambele ridicate mai sus (fig.1.2).

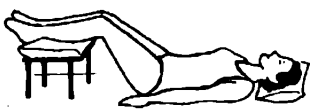


Fig. 1. 2 – Exerciții pentru gravida cu varice ale membrelor inferioare.

În timpul nopții va dormi pe un pat cu saltea perfect orizontală, cu pernă mică, iar sub gambe va pune o pătură înfășurată ca un sul.

După naștere, varicele regresează sau dispar în întregime. La sarcinile ulterioare varicele pot reapărea și se pot agrava.

• *Cârceii* de la nivelul mușchilor gambei apar din cauza poziției corpului care modifică solicitarea grupelor musculare ale gambei și, se pare, din cauza unui aport insuficient de calciu. Se poate obține dispariția imediată a cârceilor prin masaj local, ridicarea în vârful picioarelor și flectarea genunchilor sau prin sprijinirea cu putere a degetelor de la picioare de tăblia patului sau de un perete. În caz de hipocalcemie se vor lua preparate de calciu și se va consuma mai mult lapte.

• *Edematierea (umflarea) picioarelor, gleznelor* sau altor regiuni ale corpului în timpul sarcinii se poate produce prin:

Presiunea exercitată asupra venelor iliace. Astfel de umflături apar, de obicei, după mai multe ore de stat în picioare și dispar după repaus la orizontal. Nu au nici o importanță clinică și nu trebuie să o neliniștească pe gravidă.

Gestoze. În aceste cazuri, edemele nu se limitează la membrele inferioare, ci pot cuprinde mâinile, fața, spatele și peretele abdominal. Concomitent se poate constata prezența albuminei în urină și creșterea tensiunii arteriale. Se impune un tratament medical riguros și urgent.

• *Scurgerile vaginale (leucoreea)*. O accentuare moderată a secrețiilor vaginale este absolut normală. În cazul în care secrețiа este abundentă și se însoțește de o eroziune a colului sau de o infecție micotică vaginală și senzație de mâncărime, se impune un tratament energic. Vaginitele din cursul sarcinii nu se tratează cu spălături vaginale, datorită pericolului introducerii unor germeni infecțioși.

Durerile sacrate (de șale) sunt determinate de modificarea poziției corpului în vederea schimbării centrului de greutate, datorită creșterii în volum a abdomenului. Încălțămintea cu tocuri înalte și îngrijirea sugarului pe un pat sau o masă scundă favorizează apariția durerilor de mijloc. Repausul la orizontal pe o saltea perfect orizontală și dură poate înlătura în parte acest neajuns.

Amețelile și leșinurile se întâlnesc uneori în cursul sarcinii. Dacă apar în sarcina mai avansată și dacă se însoțesc de alte simptome (creșterea tensiunii arteriale, edeme, tulburări de vedere, grețuri și vărsături) pot fi semnele unei gestoze.

Semne de alarmă: dacă apare una din manifestările mai jos notate, se apelează de urgență la medic:

– umflarea feței, mâinilor sau/și picioarelor;
– tulburarea vederii;
– febră;
– sângerări vaginale;
– vărsături persistente;
– dureri de cap permanente ("în cască", ca un cerc strâns pe cap);
– pierderi de lichide din vagin.

• *Medicamentele și sarcina*. Gravida nu va lua un medicament care nu i-a fost recomandat de către medic. Unele medicamente au efecte vătămătoare asupra embrionului, ducând la apariția de malformații. Gravida trebuie să respecte următoarea regulă: ori de câte ori există vreun dubiu asupra nenocivității unui medicament este preferabil să nu fie luat.

• *Efectul factorilor de mediu*. În zilele noastre ia naștere o disciplină nouă, care studiază efectul factorilor de mediu înconjurător asupra produsului de concepție. Astfel, s-a descoperit că fătul poate fi

influențat de zgomotul din preajma mamei. De exemplu, frecvența bătăilor inimii fătului crește atunci când în jurul gravidei este zgomot, se țipă sau gravida este emoționată.

1.1.5. *Igiena psihică*

Dorința de a avea copii există la orice femeie sănătoasă și este izvorâtă din natura ancestrală a femeii, din instinctul de conservare a speciei omenești, din motive de ordin personal sau moral.

Femeia se realizează prin căsnicie și devine fericită prin maternitate.

După ce a trecut de perioada de creștere și de maturare sexuală, în viața femeii se impun în mod imperios problemele legate de relațiile sale cu sexul opus și de instinctul de perpetuare a speciei. Prin manifestări periodice (menstruațiile), organismul său îi "reamintește" fără încetare destinul său natural. Faptul că femeia lucrează, iar sfera activității sale este extrem de apropiată de aceea a bărbatului, nu o împiedică să dorească un copil. Există, totuși, etape în timpul cărora femeia, pentru diverse rațiuni, se simte chemată mai mult pentru alte îndatoriri. Refularea dorințelor firești (de întemeiere a unei familii, de maternitate), chiar dacă se face în numele unor afirmări pe linie profesională, determină de multe ori conflicte biologice, psihice, morale și chiar sociale.

În timpul sarcinii și alăptării, oricare ar fi pregătirea intelectuală, comportamentul social și întregul ansamblu de idealuri ale femeii, trăirile sufletești legate de maternitate trec pe primul plan. Garanția pentru o evoluție normală a sarcinii și pentru dezvoltarea unui copil sănătos este constituită nu numai de sănătatea biologică a părinților și de condițiile materiale oferite de societate, ci și de comunitatea de idealuri (sociale, morale, profesionale) ale familiei. De o importanță deosebită sunt reacțiile sufletești ale mamei în ceea ce privește dorința, speranțele și teama cu care așteaptă copilul. De fapt, orice gravidă, oricât de echilibrată ar fi, trăiește o perioadă de așteptare cu o mulțime de semne de întrebare, care duc la o anumită stare de neliniște.

Medicul de familie și asistenta de familie sunt obligați să-și concentreze atenția mai ales asupra primiparelor, pe care le vor vizita mai des, insistând atât asupra pregătirilor materiale, cât și asupra stării sufletești cu care așteaptă primul copil; există, pe de o parte, dorința de a avea copil și un simțământ de împlinire, iar pe de altă parte, teama de dureri, teama de implicațiile de ordin material, de plusul de muncă, de incomoditățile legate de venirea copilului, de limitarea propriei libertăți.

În căsătoria precoce, unele femei sunt încă atât de copilăroase și au o nevoie atât de pronunțată de fi iubite și tratate ca un copil, încât nu se simt capabile de a deveni mame. Unele regretă că, odată cu venirea copilului, propria persoană va trebui să treacă pe un plan secundar. De cele mai multe ori, toate aceste atitudini se rezolvă odată cu nașterea copilului. Se întâlnesc și gravide la care dorința de a avea un copil este generată de o viață nesatisfăcută, datorită unei căsnicii nereușite. Asemenea femei doresc copilul ca un fel de compensație, sperând să găsească o mângâiere în singurătatea lor. Copilul ar reprezenta mijlocul prin care s-ar consolida căsnicia. Mai târziu, copilul ar urma să-și însușească și să-și ducă la îndeplinire toate visurile nerealizate ale mamei. Aceste așteptări poartă în ele germenii viitoarelor dificultăți în relațiile mamă-copil. Apare adesea deziluzia, deoarece copilul care a fost adus pe lume în vederea atingerii unui anumit scop, nu rezolvă neînțelegerile din căsnicie.

Așteptarea unui copil prin prisma unor calcule reprezintă o atitudine necorespunzătoare din partea mamei.

Un cuplu fără copii alcătuiește numai o încercare eșuată de a avea o familie: așa-numita "familie conjugală" și nu o familie propriu-zisă. Fără copii, grupul familial nu este complet închegat și nu poate să-și îndeplinească toate funcțiile. Asupra tuturor acestor pericole, a greșelilor pe care mulți le regretăm din păcate prea târziu, trebuie să insiste familia, medicul și asistenta de familie în munca de educație sanitară.

1.1.6. *Câteva indicații generale*

– Gravida va evita contactul cu persoane răcite sau bolnave de o boală infecțioasă. Unele infecții care nu produc mamei nimic deosebit, pot fi periculoase pentru

făt, mai ales în primele luni de sarcină (rubeola, unele virusuri gripale, herpesul etc.).

– Nu va frecventa locurile aglomerate (săli de spectacole, localuri etc.).

– Nu va lua nici un medicament fără avizul medicului.

– Nu se va supune la nici o investigaţie radiologică, fără indicaţie medicală.

– Va evita jocul şi contactul cu animale necunoscute (pisică etc.), care pot transmite unele boli parazitare (toxoplasmoza etc.).

– Va căuta să-şi asigure un somn de 8-9 ore în fiecare noapte şi cel puţin o oră de repaus în poziţie orizontală în timpul zilei.

– Va evita exerciţiile dificile şi activităţile care solicită eforturi deosebite (ridicarea de obiecte grele, alergarea, urcarea rapidă a scărilor, practicarea sporturilor violente). Nu va sta în picioare timp îndelungat.

– În caz că lucrează în mediu toxic sau în ture de noapte, va fi transferată la o muncă cât mai uşoară.

– Va sta cât mai mult în aer liber, fără a se expune mult la soare.

– Atitudinea cea mai potrivită, în raport cu viitoarea naştere, este să aibă convingerea că aceasta reprezintă un fenomen absolut fiziologic.

– Va intra în concediu legal de natalitate, conform legii sau indicaţiilor medicului obstetrician.

– Va consulta periodic medicul obstetrician.

– În ultimele 2 luni va începe pregătirile pentru copilul aşteptat.

1.1.7. Gimnastica gravidei

Femeile care au practicat mult sport înainte de sarcină ar putea crede că gimnastica gravidei este inutilă pentru ele. Experienţa arată însă că nici la ele actul naşterii nu se petrece mai uşor decât la femeile complet neantrenate, deoarece gimnastica gravidei vizează antrenarea acelor grupe musculare şi ligamente care nu sunt incluse în antrenamentele sportive obişnuite.

Reguli de bază pentru gimnastică:

– gravida nu trebuie să obosească prin gimnastică;

– la început fiecare exerciţiu se repetă numai de 2-3 ori;

– durata totală pentru o şedinţă nu va depăşi 15 minute (se pot efectua 2 şedinţe pe zi);

– exerciţiile se vor executa pe un plan dur, cel mai bine pe podeaua acoperită cu un pled;

– în timpul exerciţiilor gravida nu va purta sutien, eventual ochelari, pantofi (vezi fig. 1.3 – 1.6).

Fig. 1. 3 – 1. 6 – Gimnastica gravidei.

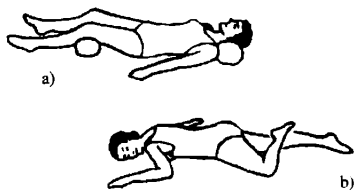


Fig. 1. 3. – Gravida se culcă pe spate, complet relaxată (fig. 1. 3 a). Sub ceafă se aşează o pernă mică, astfel încât capul să atingă solul cu regiunea occipitală. Braţele vor fi uşor depărtate de corp, degetele uşor flectate. Umerii se sprijină pe sol. Membrele inferioare uşor depărtate, picioarele lăsate să se depărteze conform greutăţii lor. Sub plica genunchilor se aşează un puişor de pernă, făcut sul. Respiraţi lejer şi încercaţi să urmăriţi cum, odată cu inspiraţia, se destinde nu numai musculatura abdominală anterioară şi laterală, ci şi planşeul bazinului (perineul).

1. 3, b. Aceeaşi relaxare musculară totală se poate realiza în poziţie culcată pe o parte. Şi în acest caz, gravida respiră liniştit, profund, urmărind distensia abdominală în inspir şi revenirea cu relaxare în expir.

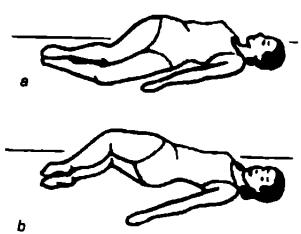


Fig. 1. 4 – Poziţia culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, braţele lăsate lejer, de-a lungul corpului. Ambii genunchi sunt lăsaţi să "cadă" într-o parte până ating podeaua. Spatele relaxat urmează cât trebuie această mişcare. Umerii rămân lipiţi de sol. În tot timpul respiră liniştit (inspiră pe nas, expiră pe gură). Mişcarea se repetă de câteva ori de fiecare parte (fig. 1.4, a).

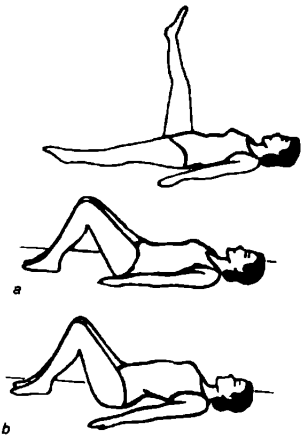


Fig. 1. 5 – Poziția culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, tălpile aplicate pe sol. Transferați greutatea din regiunea lombară (mijlocul) în regiunea coccisului (noada), apoi în regiunea lombară (fig. 1.5, a).

Poziție culcat pe spate. Membrul inferior drept se ridică întins, în poziție verticală, apoi se coboară încet la sol. Urmează aceeași mișcare cu membrul inferior stâng. Apoi, înainte de a cobori piciorul, se execută mișcări de rotație din gleznă. Se repetă de mai multe ori (fig. 1.5, b).

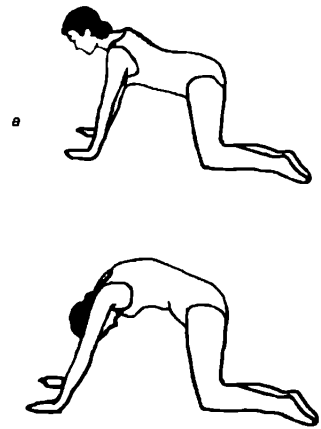


Fig. 1. 6 – Poziție în genunchi, cu palmele sprijinite pe sol, brațele întinse. În repaus, capul, ceafa și spatele formează o linie dreaptă. Apoi capul se apleacă, iar spatele se rotunjește (ca pisica) și se revine la poziția de repaus. Se repetă de mai multe ori.

1.2. Îngrijiri în maternitate

1.2.1. Atitudinea mamei și a tatălui față de nașterea copilului

În determinarea sănătății ființei umane sunt două evenimente importante:

• *Primul, concepția*, este procesul prin care ia ființă un nou individ în urma fecundației ovulului de către spermatozoid – dacă cei doi genitori, respectiv tatăl și mama, sunt sănătoși și nu transmit din patrimoniul lor genetic vreo trăsătură ereditară bolnavă; ulterior, în urma unei îngrijiri corespunzătoare, urmașii lor au toate șansele de a deveni indivizi sănătoși, înzestrați corespunzător în vederea desfășurării normale a întregii lor existențe.

• *Al doilea eveniment hotărâtor* este *nașterea*. După 9 luni de sarcină, însoțită de atâtea speranțe și îndoieli, urmează nașterea, care, pe cât a fost de așteptată, pe atât vine de repede și de neprevăzut.

În timpul sarcinii și nașterii fătul este într-o totală unitate cu mama sa, care îi asigură toate condițiile și substanțele necesare dezvoltării. Premisa de bază pentru un echilibru psihic al mamei și pentru o

dezvoltare normală a sugarului rezidă în felul cum mama recunoaşte înăuntrul ei acest biosistem, unitatea dintre ea şi făt. La capitolele despre sarcină s-a vorbit despre igiena psihică a gravidei. Ceea ce s-a spus despre atitudinea psihică a mamei faţă de copil este valabil nu numai în timpul sarcinii, ci şi pentru actul naşterii. În preajma naşterii, la intrarea în maternitate, în cursul "durerilor de facere" (travaliu), mama trebuie să fie pătrunsă de adevărul că naşterea este un proces fiziologic. Chiar în condiţii total fiziologice, travaliul reprezintă o solicitare considerabilă a întregului organism. O bună relaxare musculară a mamei nu se realizează într-o stare de încordare psihică. Orice femeie trebuie să pornească de la constatarea că la majoritatea femeilor naşterea se desfăşoară normal. Bunicile şi străbunicile noastre, femeile din moşi-strămoşi, au născut copii fără incidente şi accidente. Naturaleţea, firescul şi seninătatea lor au constituit sprijinul covârşitor în trecerea cu bine a acestui eveniment, care împlineşte şi dă conţinut fiinţei umane de sex feminin. Accidentele din trecut se datorau lipsei de maternităţi şi nepriceperii moaşelor empirice. Astăzi, în stadiul în care a ajuns medicina, prin condiţiile moderne din maternităţi şi prin organizarea întregii asistenţe a mamei şi copilului, toate primejdiile de odinioară au dispărut.

Femeia "modernă", ruptă de tradiţiile transmise altădată din gură în gură în orice familie de către mame şi bunici, iar pe de altă parte complicată prin angajarea în viaţa trepidantă a secolului al XX-lea este, din punct de vedere psihic şi al iniţierii, mai nepregătită decât generaţiile din trecut. Multe femei au azi o *teamă* în faţa actului naşterii. Teama este întreţinută de lipsa de informare privind naşterea, de noţiuni greşite culese de la persoane neiniţiate (colege de serviciu, rude, moaşe mediocre, din filme şi romane de senzaţie care-şi condimentează deznodământul cu întâmplări tragice legate de naştere etc.).

Pe lângă frică, se mai întâlneşte uneori şi *lipsa dorinţei de a avea copil.*

La acestea putem adăuga şi faptul că unele femei ajung să nască epuizate fizic şi psihic, prin viaţa lipsită de cumpătare trăită până atunci.

Dacă fătul adus pe lume a fost zămislit de parteneri sănătoşi, iar îngrijirile au fost corespunzătoare în timpul sarcinii, nu există motive de îngrijorare. Cu un obstetrician priceput şi conştiincios, care este informat asupra trecutului mamei şi asupra modului cum a decurs sarcina, chiar dacă apar situaţii neprevăzute, acesta le rezolvă rapid şi eficient. Imediat după naştere, inclusiv în situaţiile în care au survenit unele incidente, mama trebuie să aibă încredere în forţele proprii şi să fie convinsă că prin devotamentul ei (alimentaţie la sân, dăruire permanentă, îngrijiri corecte) multe din urmările acestor incidente sau accidente se înlătură cu timpul. Despre evoluţia unui copil care a suferit la naştere nu se pot face afirmaţii categorice decât după o perioadă oarecare de timp, urmărind modul cum evoluează indicii de dezvoltare fizică, psihică şi motorie. Sunt nenumărate cazuri în care oameni celebri au prezentat o suferinţă la naştere. Ca un caz demonstrativ, citâm din opera autobiografică "*Poezie şi adevăr*" a marelui scriitor german Goethe: "prin lipsa de dibăcie a moaşei, m-am născut aproape mort şi numai prin numeroase sforţări de tot felul am izbutit să văd lumina zilei. Împrejurarea aceasta, în care rudele mele au dat dovadă de îngrijorare, a folosit concetăţenilor mei, deoarece bunicul dinspre mamă, primarul Johann Wolfgang Textor, a angajat, drept urmare a acestei întâmplări, un mamoş şi a pornit la introducerea şi înnoirea moşitului, lucru care va fi folositor multor copii născuţi după mine"[1]. Goethe s-a născut la 28 august 1749. Or, moşitul s-a "înnoit" îndeajuns. În plus, orice mamă ar fi mândră dacă ar naşte indiferent cum, un al doilea om de valoarea lui Goethe! De aceea femeia trebuie să fie informată şi să posede unele noţiuni despre naştere, care să-l permită să înţeleagă bine şi să urmeze prescripţiile medicului şi moaşei.

Misiunea tatălui

Înainte de naştere. În măsura posibilităţilor, este bine ca tatăl, deopotrivă de răspunzător de viitoarea naştere, să fie un participant activ la preparative. El are un rol de susţinere faţă de mamă. Această perioadă este tulburătoare pentru femeie. Soţul va trebui, aşadar, s-o liniştească, să-i insufle speranţă şi optimism. Va fi tot aşa de interesat de evoluţia fătului; la rândul ei, femeia trebuie să încerce să-l facă să participe la trăirile ei fără ca aceasta să devină o oboseală. Tatăl va fi foarte emoţionat şi angajat când reuşeşte să "prindă" mişcările fătului. În majoritatea cazurilor el arată o bucurie cu totul legitimă, când fătul "mişcă" prima dată. Când copilul este prea dorit, se întâmplă, însă, ca viitorul tată să fie prea neliniştit şi să înconjure pe soţia

[1] Din "*Poezie şi adevăr*", de Johann Wolfgang Goethe, pag. 7-8. Trad. de Tudor Vianu, Editura pentru literatură, 1967.

sa cu o solicitudine excesivă. El se teme de un gest care să fie nefast pentru făt; în loc de a fi stimulant, el poate deveni acuzator şi pisălog şi atunci soţia i se va destăinui din ce în ce mai puţin. Soţul poate avea un rol în treburile casnice ale soţiei sale, mai ales când aceasta lucrează. În zilele în care o simte mai obosită sau neliniştită, viitorul tată poate propune cu gentileţe: "odihneşte-te, am să prepar eu masa". Este bine ca soţia să nu refuze acest lucru! Trebuie încetăţenită concepţia că în prezent participarea bărbatului la gospodărie să devină o obişnuinţă. Această participare este deosebit de preţioasă în perioada de aşteptare a unui copil. Pregătirea camerei se face "în doi" sau, cel puţin, cu avizul tatălui, chiar dacă el găseşte că "asta nu-l priveşte". El ajută la transformările care sunt adesea de făcut într-un apartament. Tatăl trebuie să trăiască aşteptările şi speranţele viitoarei mame. El are datoria să contribuie la crearea unui climat familial destins. Din păcate, din ce în ce mai mult, prezenţa unui tată este inconstantă. Nu se poate nega că absenţa paternă influenţează asupra stării psihologice a femeii însărcinate. În multe familii gravida trebuie să suporte singură neliniştile, obligaţiile casnice şi câteodată criticile. Adesea, gravida nu poate să împărtăşească îndoielile, bucuriile şi speranţele ce le are în aşteptarea copilului. Dacă mediul familial admite pe viitorul copil, izolarea este mai puţin completă. Adesea, însă, tânăra femeie este nevoită să se închisteze în singurătate din cauza dezacordurilor din familie. Câteodată, tatăl este prezent numai fizic, păstrând o atitudine distantă, un indiferentism pentru viitoarea naştere. În astfel de cazuri, soţul este o povară suplimentară pentru femeie.

În timpul când soţia este internată în maternitate, rolul soţului este destul de ingrat şi de controversat. Un tată în devenire se simte stângaci, uneori ridicol, nu-şi găseşte rostul şi, ceea ce este mai trist, unii nici nu încearcă să aibă vreun rol. Orice tată trebuie să ştie că, odată cu venirea primului copil în familie, căsătoria a intrat într-o nouă fază: de-abia acum începe căsătoria adevărată; cu un mare adaos de griji, de preocupări, de cheltuieli. Mica fărâmă de viaţă va "răsturna" şi va "umple" toată casa; se vor schimba toate "tabieturile" de până acum, se va rearanja şi completa mobilierul, se va schimba programul nu numai al zilelor şi săptămânilor ce urmează, ci al întregii vieţi a celor doi parteneri. Prin copii familia capătă conţinutul său firesc şi cel mai de preţ. Prin copii începem şi noi să trăim o nouă copilărie, să creştem cu copiii noştri, să redevenim tineri. S-a vorbit multă vreme că tatăl "ajută" pe mamă în tot ce este în legătură cu copiii. Considerăm că acest rol de ajutor nu este nici suficient şi nici echitabil, într-o epocă în care ne lăudăm cu egalitatea sexelor. Rolul tatălui este de colaborare, de înhămare la "jugul" comun al creşterii şi formării urmaşilor. Fără colaborare şi împărţirea eforturilor, femeia, atât de angajată în societatea modernă, nu va putea face faţă acestei îndatoriri de bază a oricărui cuplu uman.

Vizitele la maternitate

În unele maternităţi tatăl este autorizat să asiste la naştere. La noi în ţară nu s-a încetăţenit acest obicei. În mod tradiţional, vizitele tatălui şi ale celorlalte rude sunt permise în anumite zile şi pe intervale scurte. Este indicat ca vizitatorii să fie cât mai puţini, dintre rudele foarte apropiate (dacă este posibil numai tatăl), iar vizitele să se facă în intervale şi condiţii autorizate de conducerea maternităţii. Fraţii şi surorile nou-născutului, dacă sunt mici, nu vor fi lăsaţi să vină la maternitate din cauza agitaţiei lor; şcolarii pot fi purtători de boli contagioase. Rudele şi prietenii trebuie să se arate discreţi. Este bine să se informeze despre starea de sănătate şi oboseală a mamei înainte de a se duce la maternitate. Vizitatorii vor evita să vină imediat după prânz pentru ca mama să se odihnească puţin. Ei nu vor sta mult timp, mai ales dacă sunt şi alţi vizitatori sau dacă mama este internată într-un salon comun. Chiar dacă este singură în cameră, trebuie să ne gândim că vor veni şi alte persoane, ceea ce va duce la oboseala lăuzei; adesea, în zilele de vizită mamele au puţină febră.

Cei care sunt "răciţi" (cu guturai) se vor abţine de la vizite, căci există riscul contaminării mamei şi nou-născutului; o scrisoare va face tot atâta plăcere.

Cum se declară copilul la Oficiul stării civile

Noul cetăţean trebuie să fie declarat în primele 14 zile după naştere. În caz că nou-născutul a decedat imediat după naştere, declaraţia naşterii şi a decesului se fac concomitent, în maximum 3 zile. Această declaraţie se face la primăria locului unde s-a produs naşterea pe baza buletinelor de identitate ale ambilor părinţi, a certificatului de căsătorie şi a certificatului constatator de naştere la maternitatea unde a avut loc naşterea. Această formalitate poate fi îndeplinită de tată. Nou-născutul va purta numele tatălui în cazul unei căsătorii legale; în cazul unei "căsătorii nelegitime", nou-născutul va primi numele tatălui dacă acesta îl

"recunoaşte", iar în caz contrar – pe al mamei. Recunoaşterea se poate face fie la maternitate, fie la Primărie.

Domiciliul legal al copilului va fi domiciliul legal şi permanent (nu flotant) al mamei.

1.2.2. Ce trebuie să se ştie despre nou-născut

1.2.2.1. *Nou-născutul sănătos*

După ce fătul a fost expulzat din uterul mamei, medicul obstetrician curăţă cu ajutorul unei sonde căile respiratorii superioare de mucozităţi şi de resturile de lichid amniotic. În acel moment copilul ţipă puternic şi respiră aer pentru prima dată. În corpul său căile respiratorii şi alveolele, care în uter nu au avut nici o funcţie, se desfăşoară, începe să circule sângele şi cordonul ombilical devine inutil. Declanşarea imediată a respiraţiei în afara uterului, are o influenţă enormă asupra organismului. Este o fază critică în viaţa oricărui om şi care trebuie să se desfăşoare rapid şi fără dificultăţi.

La examenul clinic rapid din sala de naştere, medicul verifică dacă nou-născutul prezintă vreo malformaţie vizibilă, testează unele reflexe (supt), ascultă inima şi plămânii, verifică organele genitale.

Nou-născutul este cântărit şi măsurat. Cei mai mulţi nou-născuţi, sănătoşi şi la termen, cântăresc între 2 800 g şi 4 000 g (în medie fetele 3 300 g şi băieţii 3 400 g) şi au o lungime de 48-54 cm (fetele în medie 50 cm, iar băieţii 51 cm). Dimensiunile sunt în general dependente de constituţia mamei. Ele sunt condiţionate ereditar şi mai puţin de alimentaţia din cursul sarcinii. Mamele înalte şi solide au copiii mai mari, iar cele slabe au copiii mai mici.

Semnele maturaţiei corpului sunt: greutate şi lungime normale, un perimetru cranian de circa 35 cm egal sau cu 1-2 cm mai mult decât perimetrul toracic (de cele mai multe ori). Nou-născutul la termen are o bună dezvoltare a ţesutului gras de sub piele, o piele roză, cu resturi de secreţii brânzoase (*vernix caseosa*), şi acoperită pe alocuri cu un perişor fin (*lanugo*). Unghiile degetelor de la mâini şi picioare sunt la nivelul sau depăşesc vârfurile. La băieţi testiculele sunt mari şi se pot pipăi în scrot. La fete labiile (buzele) mari acoperă pe cele mici. Nou-născutul ţipă viguros, dă din picioare şi suge bine (vezi "Îngrijirile nou-născutului în sala de naştere" – pag. 28).

TABELUL 1.1

GHID DE EVALUARE A NOU-NĂSCUTULUI (după Nancy Coulter)

Normal	*Tulburări minore* *Variaţii comune*	*Tulburări majore* *Probleme potenţiale*
Măsurători		
Lungime: 45-55 cm Greutate: 2 500-4 600 g Circumferinţa capului: 33-37 cm Circumferinţa toracelui: 30-33 cm	Scade 10% din greutate în 3-4 zile; recuperează în 10 zile	Circumferinţa capului peste 4 cm faţă de torace (suspiciune de hidrocefalie) Circumferinţa capului cu mult sub a toracelui (suspiciune de microcefalie)
Poziţie. Mişcări		
"Poziţie fetală"; capul este flectat exuberanţe flectate pe abdomen ("tripla flexie"). Dezvoltare şi poziţie simetrică a membrelor omoloage	Coapse în abducţie rotate extern; picioare şi capul în extensie	Hipotonie sau dimpotrivă extensia extremităţilor
Piele		
Culoare roză Epiderma este moale, fină, netedă, delicată; după 3-4 zile mai uscată, adesea cu descuamări Vernix caseosa Lanugo Turgorul este prezent	Icter după 24 ore Acrocianoză Milia Eritem toxic (rush, roşeaţă difuză) Culoare schimbătoare – arlechin Pete mongoliene Cutis marmorata Nevi telangiectatici ("muşcătură de barză") Peteşii sau echimoze cauzate de traumatismul naşterii	Icter în primele 24 ore Cianoză centrală, generalizată Vernix caseosa excesiv (indicaţie de prematuritate) Vernix caseosa absent (sarcină depăşită) Turgor cutanat slab Peteşii persistente, generalizate Colecţii purulente ce apar după câteva zile (infecţii)
Craniu		
Fontanela anterioară la 5 cm; rotundă sau rombică Fontanela posterioară: 0,5-1 cm (triunghiulară) Fontanele: plate, moi	Fontanela a III-a sagitală Capul succedaneum Cefalhematom	Fontanele bombate sau deprimate Suturi lipite

TABELUL 1.1. (continuare)

Ochi		
Ochi de regulă sunt închişi Pleoapele frecvent edematiate Culoarea este gri-albastră sau gri-căprui	Conjunctivită chimică (după medicamente) Hemoragie subconjunctivală Pseudostrabism	Secreţie purulentă Cataractă congenitală Pliu mongolian Nu urmăreşte
Urechi		
Inserţie cu marginea superioară la nivelul ochilor Cartilaj palpabil	Lipsa cartilajului ca semne de prematuritate	Inserţie joasă (ca semn de anomalie cromosomică şi/sau renală
Nas		
Fose nazale prezente Secreţie mucoasă albă, subţire		Narine neperforate Secreţie anormală
Gură. Faringe		
Palat intact Salivaţie minimă	Inclusiuni chistice (perle Epstein) Dinţi congenitali	Despicătura buzei şi/sau palatului Nu trece tubul nasogastric Limbă mare, profuză Salivaţie în exces
Gât		
Gâtul este scurt şi gros Mişcările laterale de ambele părţi, anterioare şi posterioare sunt posibile		Cute excesive ale pielii Mişcări limitate Hiperextensie
Torace		
Coaste flexibile Apendice xifoid observabil	Mameloane supranumerare Glande mamare mărite Secreţie lactată ("lapte de vrăjitoare") Pectus excavatus (torace în pâlnie)	Tiraj intercostal Expansiune asimetrică Eritem perimamelonar Stern înfundat Mameloane lateralizate
Plămâni		
Murmurul vezicular se aude Numărul de respiraţii: 40-60/minut Respiraţia abdominală este prezentă Respiraţiile sunt neregulate	Apnee de 6-15 secunde Respiraţie periodică Raluri la auscultaţie	Murmurul vezicular este asimetric Apneea depăşeşte 15 secunde Dispnee, tahipnee, geamăt
Inimă		
120-140 bătăi/minut Ritm regulat Vârful este în spaţiul IV intercostal stâng, lateral de linia mediioclaviculară Zgomotele I şi II net auzibil	Sufluri Bătăile inimii: 100-120 pe minut 140-180 bătăi/minut în activitate	Vârful inimii plasat în altă zonă Cardiomegalie Tahicardie Bradicardie
Abdomen		
Cilindric, protruziv (iese în afară) Bontul ombilical la naştere este albăstrui, lucios; după 24 ore galben-brun; uscat; cade în 7-14 zile Ficatul este palpabil 2-3 cm submarginea coastelor Splina se simte uneori subcostal stâng Rinichii se palpează la 1-2 cm supra şi lateral de ombilic Pulsul femural este prezent	Hernie ombilicală Mişcări peristaltice vizibile Distensie vezicală – glob vezical în zona suprapubiană	Distensie Balonare pe flancuri Bont ombilical inflamat, infectat Formaţiuni abdominale anormale Distensie abdominală şi după micţiune Puls femural absent, inegal
Organe genitale masculine		
Ambele testicule palpabile Orificiul uretral în capul penisului Smegmă prezentă Prepuţ aderent la gland; greu de retractat	Testicule palpabile în canalul inghinal Prepuţ neretractabil Hidrocel Scrot mic Hernie inghinală Erecţie	Testicule nepalpabile Hipospadias Epispadias
Organe genitale feminine		
Labiile mici mai mari decât cele mari Vernix caseosa între labii Labiile şi clitorisul sunt edematiate Meatul urinar este greu vizibil Himen prezent	Pseudomenstruaţie	Labii fuzionate Impenetrare vaginală
Anus		
Orificiul anal prezent, normal plasat		Anus imperforat

Sistem muscular scheletic		
Coloana vertebrală intactă, fără curburi accentuate, fără deschideri Motricitate normală a membrelor inclusiv ale şoldurilor Plante ("picioare") plate Extremităţi simetrice Nu ţine capul (oblic) posterior Tripla flexie a membrelor	Pliu simian în palmă Tremor ocazional	Spina bifida Polidactilie Sindactilie Luxaţie de şold 1. Limitarea abducţiei 2. Se aude un "clic" la abducţie (semnul Ortolani) 3. Lungime inegală 4. Pliuri gluteale inegale Hipotonie Paralizii Tremurături, mioclonii
Sistem nervos		
Reflexe prezente: clipit, pupilar, apucare, Babinski, Moro, gât tonic, păşit (mers automat), tărâre, "ochi de păpuşă"	Răspunsuri variabile	Hipotonie Reflexe asimetrice sau absente Extensia (hipertonia) extremităţilor

1.2.2.2. *Prematurul*

Când un nou-născut vine pe lume înainte de a 37-a săptămână de sarcină, este de regulă un prematur. Greutatea la naştere este de 2 500 g şi/sau mai puţin. Cu cât greutatea la naştere este mai mică, cu atât dificultăţile sunt mai mari. Funcţiile sale vitale ca: respiraţia, digestia, reglarea temperaturii corpului şi apărarea împotriva infecţiilor sunt deficitare. Prematurii se împart în diferite grupe:

– *Greutatea la naştere între 1 500 şi 2 500 g* sau cu naştere după a 30-a săptămână de sarcină. Datorită marilor progrese survenite în ultimul timp în medicină nou-născutul (*perinatologie* – socotită în intervalul dintre sfârşitul celei de a 28-a săptămâni de sarcină şi a 7-a zi de viaţă), 95% dintre aceşti nou-născuţi supravieţuiesc în prezent, se dezvoltă fără complicaţii şi vor fi normali.

– *Greutate la naştere între 1 000 şi 1 500 g* sau naştere din a 27-a până în a 30-a săptămână de sarcină. Supravieţuirea acestor prematuri este între 70 şi 90 procente, în timp ce cu 15 ani în urmă numai circa 30 din 100 nou-născuţi puteau fi salvaţi. La 10-15 procente dintre copiii care supravieţuiau apăreau în cursul evoluţiei tulburări neurologice.

– *Greutate la naştere sub 1 000 g sau mai puţin de 27 săptămâni de sarcină.* Prematurii din această grupă supravieţuiesc, îndeosebi cei cu o greutate de 800 până la 1 000 g, în proporţie de 40-50 procente. Şansele pentru aceşti prematuri depind de gradul de dotare a aparaturii medicale şi de calificarea personalului de la terapia intensivă. Circa 20% din cei care supravieţuiesc rămân cu tulburări de dezvoltare a corpului şi psihicului. Cei care se nasc cu greutate sub 750 g prezintă riscul unor leziuni neurologice grave.

*

Gradul nematuraţiei se recunoaşte după anumite semne exterioare:

• *Lungimea corpului de 47 cm şi mai mică*, cu proporţii mici, dar cu un cap neobişnuit de mare (raportul înălţimea craniului faţă de lungimea corpului 1 la 3, faţă de 1/8 cât este la adult).

• *Piele zbârcită, roşie.* Ţesutul de sub piele nu este dezvoltat sau este foarte subţire; vasele de sânge se văd prin piele; aproape tot corpul este acoperit cu o piele cu un perişor foarte fin (lanugo).

• *Pavilioanele urechilor sunt moi*, ca urmare a neformării cartilajelor; *unghiile* de la degetele mâinilor şi picioarelor sunt subţiri şi nu ajung la vârfuri; *cutele pielii* tălpilor sunt slab pronunţate.

• *La fetiţe, micile labii (buze)* nu sunt acoperite de marile labii.

• *La băieţi* sacul scrotal este mic, testiculele nu sunt coborâte şi nu pot fi pipăite în scrot, ci în abdomen sau pe canal.

Slăbiciunea şi tulburările funcţiilor organice fac ca viaţa şi sănătatea prematurului să fie primejduite. De aceea, până când se ajunge la o oarecare maturaţie, nou-născutul cu prematuritate de gradul II şi III este pus într-un fel de lădiţă (incubator), plasată într-o secţie de terapie intensivă. Incubatorul este un fel de uter artificial în care cu mijloace medicale se încearcă să se asigure pentru o perioadă lungă condiţiile oferite fătului în corpul mamei. El constă dintr-o construcţie specială, cu un înveliş de plastic, unde poate fi supravegheat. Instalaţii speciale asigură o temperatură constantă (la început 36°C, mai târziu se coboară la 32°C), o anumită umiditate (50-60 procente) şi un anumit conţinut în oxigen în aerul de respirat (21 procente). Pentru a putea

fi mai bine observat, nou-născutul este acoperit numai cu un scutec. Uneori se adaugă o căciuliță tricotată și botoșei pentru a fi mai bine apărat de răcire. Instalația unui incubator este destul de complicată, cu monitorizare ce reasigură și reglează bătăile inimii, mișcările respiratorii, conținutul în oxigen al sângelui, cu sisteme automate de alarmă. Îndeosebi concentrația oxigenului în sânge trebuie controlată sub monitor, deoarece lipsa de oxigen duce la leziuni ale creierului. Pe de altă parte, prea mult oxigen în sânge (hiperoxie) constituie un pericol pentru ochi cu lezarea retinei are o capacitate mică, iar intestinul nu poate prelucra hrana. Acești prematuri vor fi alimentați prin sondă gastrică. Ei primesc laptele în mici porții printr-o sondă de cauciuc care îl duce de la nas până în stomac. La prematurii cei mai mici este necesară alimentația artificială, care constă în introducerea de substanțe nutritive sub formă de infuzii printr-o venă direct în sânge. Compoziția substanțelor nutritive și a mineralelor importante pentru viață trebuie calculate cu grijă, în funcție de nevoile copilului și pe baza examenelor zilnice ale sângelui. Folosirea acestor

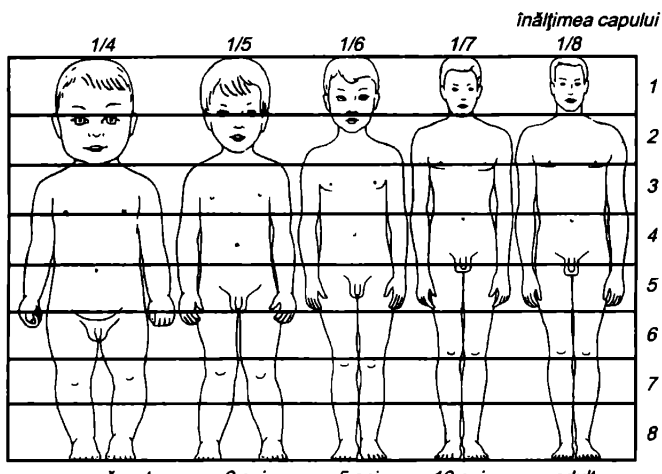


Fig. 1. 7 – Proporțiile corpului în funcție de vârstă. Se observă "ascensiunea" ombilicului și a simfizei, precum și conformația picioarelor la diferite vârste (picioare în "O", respectiv în "X") – după P. Grossmann.

(fibroplazie retroletală). În caz de tulburări grave ale respirației (respirație neregulată, stop respirator) fie prin imaturitatea centrului respirator, fie prirntr-o îmbolnăvire a plămânilor, nevoile de oxigen se vor asigura prin intubație (un tub de cauciuc care se introduce prin nas până la trahee – intubație endotraheală – și care este legat cu mici tuburi de aparatul pentru respirație).

Mulți prematuri nu au încă reflexul de supt și înghițit, nu au putere să bea. Pe de altă parte stomacul soluții nutritive se va face cu păstrarea riguroasă a măsurilor de igienă. Nici un microb nu trebuie să ajungă în corpul copilului, deoarece se pot produce infecții grave. Prematurii nu sunt încă apți pentru a lupta împotriva îmbolnăvirilor. Bolile infecțioase ca infecțiile plămânilor (pneumonia), inflamația intestinelor (diareea), infecțiile rinichilor (pielonefrita), trecerea microbilor în sânge (septicemie) și inflamația învelișurilor creierului (meningită) pun în pericol mare viața copilului.

Când prematurul a ajuns să nu mai aibă nevoie de sondă gastrică și poate să bea singur din biberon sau chiar să sugă la sân, trebuie să primească cel mai bun aliment și anume laptele mamei sale. Acesta se potrivește cel mai bine nevoilor alimentare ale prematurului.

Cu mijloacele tehnice specializate și cunoștințele moderne despre diagnostic și tratament se pot asigura nevoile corporale ale organismului nematurat.

Pe lângă acestea, este important pentru dezvoltarea prematurului și participarea fizică și psihică a mamei. Mama nu numai că are voie, ci trebuie să viziteze zilnic pe copil. Atunci când prematurul a ajuns la gradul de maturitate încât să renunțe la incubator, mama va participa la îngrijirile ce se impun. Ea poate de acum nu numai să-l vadă, ci să-l îngrijească, să-l alimenteze, să-l mângâie, să-i vorbească, natural, respectând strict prevederile igienice. Dacă și-a putut păstra laptele (prin muls sau extragere cu pompa), îl va pune la sân.

Când prematurul a ajuns să cântărească circa 1 800 g, are o temperatură constantă și poate să respire normal, va fi scos din incubator și plasat în pat (uneori încălzit). Acum mama poate alăpta singură pe sugar, dacă acesta are putere să sugă.

Când prematurul cântărește 2 500 sau 3 000 g, este sănătos și suge bine, poate fi lăsat acasă.

1.2.2.3. *Dismaturul (Small-for-date-babies, Mangelgeburt)*

Unii nou-născuți cântăresc la naștere chiar mai puțin de 2 000 g, deși sunt aduși pe lume la termen (după 40 săptămâni de sarcină). Ei se numesc *dismaturi* sau *hipotrofici* ("*Small-for-date-babies*", "*Mangelgeburt*"). Cauzele dismaturității sunt foarte diferite: o proastă funcție a placentei datorită unei toxemii gravidice, o hipertensiune arterială, infecțiile, tabagismul, alcoolismul, o sarcină la o primipară în vârstă etc. Adesea, nu se poate descoperi nici o cauză. Dismaturii sunt copii fragili și la ei survin adesea hipoglicemii și/sau hipocalcemii (scăderea bruscă a glucozei și calciului în sângele lor). Mortalitatea perinatală este mai mare decât la copiii eutrofici.

Dezvoltarea sistemului nervos central este legată de vârsta gestației și nu de greutatea corporală, așa că acești nou-născuți au parametri normali ai dezvoltării psihomotorii.

Ei nu necesită îngrijiri intensive, ci numai mai multă dragoste, căldură și hrană (mese mai dese cu alimente corespunzătoare).

*
* *

1.2.3. *Îngrijirile nou-născutului în maternitate*

Activitatea pediatrului începe în sala de naștere. În unele maternități pediatrul asistă la naștere, mai ales când este vorba de o sarcină cu risc crescut.

În cea mai mare parte a cazurilor (90%) nașterile nu pun probleme de îngrijiri deosebite (reanimare etc.). Orice nou-născut poate să se nască cu unele deficiențe neașteptate (malformații, circulară de cordon, întârzierea primei respirații, bătăi ale inimii sau mișcări respiratorii anormale etc.). La unele sarcini cu risc medicii se așteaptă însă să survină "probleme". La astfel de situații este necesară o echipă specializată, gata să intervină (medicii reanimatori au deja mâinile dezinfectate, iar materialul de reanimare este pregătit). La reanimarea nou-născutului, medicii se vor lupta cu timpul, contra cronometru, cu anoxia (lipsa de oxigen), acidoza, răcirea corpului, infecția și/sau colapsul).

• *Factorii de risc.* Dintre numeroasele situații care necesită prezența pediatrului amintim:

– sarcinile premature și postmature;
– sarcinile gemelare;
– bolile fătului suspectate prin semne clinice sau prin examenul ecografic;
– unele boli ale mamei (diabet etc.);
– dificultăți obstetricale: placenta praevia, hematomul retroplacentar, travaliul prelungit și dificil, expulsia prelungită, circulara sau proccidenta de cordon, aplicarea de forceps etc.

Suferința fătului poate fi depistată în timpul nașterii prin încetinirea ritmului cardiac sau culoarea anormală a lichidului amniotic.

Aspectul nou-născutului

În momentul nașterii, pielea nou-născutului are o colorație roșie intensă și este acoperită, mai mult sau mai puțin, cu un strat gros de grăsime (*vernix caseosa*).

Acest prim aspect înspăimântă pe unele mame. Vederea cordonului ombilical (lung, gros, gelatinos) surprinde. Odată debarasată de stratul de grăsime, pielea nou-născutului este moale și catifelată. La unii nou-născuți (mai ales la cei născuți după termen) pielea este lucioasă sau uscată, zbârcită, descuamată, iar palmele și tălpile au pielea umedă, încreștită, ca mâinile de "spălătoreasă". Primele țipete impresionează; totuși, țipetele din primele secunde constituie primul semn că nou-venitul pe lume este sănătos; ele declanșează prima respirație, plămânii se destind și aerul năvălește înăuntru, furnizând oxigenul indispensabil vieții. Ulterior mama va fi întrebată adeseori de către medicii care vor îngriji copilul despre momentul apariției primului țipăt, deoarece acesta constituie un criteriu major de depistare a unei suferințe la naștere. Primul țipăt întârzie la fătul la care a intervenit un factor vătămător în timpul nașterii sau sarcinii: hemoragii ale creierului, traumatisme, circulară strânsă de cordon, poziție vicioasă a fătului în uter, angajare anormală și expulsie dificilă, obstruarea căilor respiratorii cu lichid amniotic sau secreții din căile genitale ale mamei, unele medicamente (anestezice, narcotice) administrate în timpul nașterii, aplicarea de forceps, imaturitate a centrilor respiratori, malformațiile pulmonare, extracția prin *vacuum*, depășirea termenului de gestație, precum și unele boli ale mamei (toxicoza, unele infecții, diabetul etc.). Dacă prima respirație nu se declanșează, lipsa de oxigenare este urmată de suferința creierului și adesea, de perturbări grave ale funcțiilor vitale ale organismului, dacă nu se iau măsurile necesare în timp util. Aspectul nou-născutului surprinde și prin mărimea capului, care reprezintă un sfert din lungimea corpului, spre deosebire de adult la care reprezintă numai o optime din lungime.

a) *Părul* este, în general, de culoare închisă. Alteori capul este complet chel. Câteodată părul este destul de lung, lucios, stufos, încâlcit. Expresia feței poate să se schimbe. Se remarcă adesea, chiar de la început, o asemănare mai mică sau mai mare cu părinții. Este falsă opinia că toți nou-născuții se aseamănă și că nu există nici o deosebire între ei.

b) *Ochii*. Nou-născutul, trezit din somn, stă cu ochii închiși și prezintă adesea o tumefiere (umflare) a pleoapelor; el evită lumina și de aceea lăuza cu greu poate aprecia culoarea lor. Ochii au o tentă cenușiu închisă, chiar la nou-născuții care vor avea mai târziu ochii albastru-deschis.

c) *Nasul* este mic, turtit, împestrițat de puncte albegălbui – glande care secretă grăsime și al căror canal excretor este astupat (*milium*).

d) *Gâtul* este scurt, pieptul bombat, abdomenul ușor scobit (în momentul nașterii, ulterior se destinde).

e) *Brațele și gambele* sunt scurte și ghemuite, amintind de poziția din uterul mamei.

Adaptarea nou-născutului după naștere

De felul cum decurge nașterea și de capacitatea de adaptare a funcțiilor vitale ale organismului depinde, în mare măsură, starea de sănătate din tot restul vieții. Nașterea supune pe făt la o probă extraordinară. Până acum el era protejat, prin lichidul amniotic și țesuturile materne, de toate traumele mecanice, dezvoltându-se la o temperatură constantă. Aportul substanțelor necesare vieții era asigurat de către placentă. Produsele de metabolism erau îndepărtate din organismul fetal, pe aceeași cale, în organismul mamei și evacuate prin organele excretorii (plămâni, ficat, rinichi) ale acesteia. După naștere, nou-născutul intră într-un mediu nou de viață, impunându-i-se dintr-o dată un șir întreg de sarcini, ce cad în seama unor organe care nu funcționau înainte de venirea sa pe lume (plămâni, piele). La cei mai mulți dintre nou-născuți, adaptarea la noile solicitări se face fără nici o dificultate, lucru ce poate fi definit ca una dintre minunile vieții. Cu toate acestea, se poate afirma că puiul de om este mai vulnerabil și mai neputincios decât puii tuturor celorlalte mamifere; fără îngrijiri cu totul speciale, el nu ar fi în stare să facă față singur condițiilor grele de adaptare la viața extrauterină.

Cu patrimoniul ereditar transmis de părinți, funcțiile diferitelor organe, care sunt în stare de nematurare în momentul nașterii, se vor dezvolta sub acțiunea diferiților factori ai mediului exterior, până la deplina lor înflorire, asigurând omului independența și poziția sa dominantă în natură.

Îngrijiri în sala de naștere

Imediat după expulsie se efectuează dezobstruarea căilor respiratorii superioare, prin aspirarea cu ajutorul unei sonde sterile a mucozităților și lichidului amniotic din gură, faringe și nas. În minutele care urmează se face rapid evaluarea stării nou-născutului (scorul Apgar), apoi secționarea și ligaturarea cordonului ombilical și profilaxia conjunctivitei (oftalmiei) gonococice (vezi pag. 29).

Scorul Apgar (în unele manuale "indicele" sau "cifra") permite o informare rapidă și cuprinzătoare asupra adaptării funcțiilor vitale la condițiile de viață extrauterină.

SCORUL APGAR

Numărul punctelor	***0***	***1***	***2***
Colorația tegumentelor	Albastre sau palide	Trunchiul rozat, extremități albastre	Colorație roz uniformă
Mișcările respiratorii	Absente	Neregulate, slabe	Regulate, plâns vîguros
Bătăile inimii	Absente	Rare, sub 100 pe minut	Peste 100/minut
Tonusul muscular	Flasc	Tonus moderat, extremitățile se flecsează incomplet	Tonus bun, membrele se flectează complet, mișcări active
Reflectivitatea (se cercetează prin reacția nou născutului la excitanți: reacția la sonda de dezobstruare sau de administrare a oxigenului)	Absentă	Strâmbă fața (grimasă)	Țipăt, tuse sau strănut

S-au propus diferite metode pentru a se aprecia starea sănătății unui nou-născut imediat după naștere. Metoda cea mai răspândită la ora actuală este determinarea scorului Apgar, numit astfel după numele doctoriței Virginia Apgar, care a imaginat acest test în 1953, în SUA. Parametrii de urmărire sunt: culoarea pielii; mișcările respiratorii (funcția respiratorie); bătăile inimii (funcția circulatorie); tonusul muscular; reflectivitatea (răspunsul la anumiți excitanți) (tabelul 1.2). Fiecare din aceste elemente este cotat de la 0 la 2. De exemplu, absența bătăilor inimii este cotată cu 0, în timp ce tahicardia fiziologică de 100/minut este cotată cu 2. Scorul normal este egal cu 10. Cu cât scorul este mai mic, cu atât starea nou-născutului este mai rea.

La nou-născutul normal, înregistrarea scorului Apgar se face la 1 minut cu note de la 0 la 2 pentru fiecare parametru menționat. La nou-născuții cu probleme se face și la 2, 5 și 10 minute. Este util ca mama să cunoască ce "notă" a obținut nou-născutul la naștere.

După naștere, imediat se dă drumul unui cronometru. În același timp este dus repede pe masa de reanimare unde se asigură îngrijirile. Sunt absolut necesare: o sursă de căldură și un material de aspirație steril.

• *Dezobstruarea (permeabilizarea) căilor respiratorii superioare.* Imediat după naștere medicul sau asistenta de obstetrică după ce s-au spălat pe mâini, ascultă inima și (oricare ar fi starea nou-născutului), dezobstruează căile aeriene superioare prin aspirarea secrețiilor din faringe, gură și nările nasului cu ajutorul unor sonde sterile din polietilen.

• *Îngrijirea ochilor.* Wilhelm Crédé (Leipzig) a instaurat în 1834 tehnica cu instilarea de picături de nitrat de argint cu scopul de a evita îmbolnăvirea de conjunctivită neonatală datorită blenoragiei mamei. În timpurile acelea, această boală atingea 12-15% din nou-născuți și 20-70% din copiii orbi. Boala era produsă de gonococ, microb descoperit de Neisser în 1883. Crédé preconiza instilarea unei singure picături de nitrat de argint 2%. Această metodă poate antrena o conjunctivită chimică și, de aceea, se folosește mai des soluția proaspătă de nitrat de argint 1%. În prezent se folosește în multe maternități colire cu tri-antibiotice, care sunt tot așa de eficace, dar care pun teoretic riscul sensibilizării alergice.

• *Îngrijirile cordonului ombilical.* Cordonul ombilical se compune din vase de sânge și vase limfatice, înglobate într-o substanță gelatinoasă. Cordonul secționat expune nou-născutul la două riscuri: hemoragia și infecția, care impun două gesturi: legarea și asepsia.

Ligatura cordonului se poate efectua în două feluri:

– ligatura cu o ață (nylon sau mătase) cu un nod solid;

– ligatura cu pensa Barr: fie pensă metalică și refolosibilă după sterilizare, fie pensă din material plastic, sterilă, gata de folosit și cu folosință unică.

Cleștele are avantajul simplității de folosire. Totuși, greutatea sa favorizează tracțiunile pe inelul ombilical. Materialul plastic ar constitui după unii medici un mediu de cultură favorabil creșterii microbilor.

Asepsia cordonului ombilical este primordială; alcoolul 70-90% este un bun dezinfectant, dar este

incolor, de aceea se prepară eozină alcoolică 2%. Culoarea roşie, alături de impactul psihologic, permite să ne dăm seama dacă s-a făcut dezinfecţia.

Pansamentul ombilical constituie obiectul multor controverse. Se recomandă aplicarea unei simple comprese sterile menţinută printr-un adeziv neiritant. Întrucât leucoplastul ce se găseşte la noi este iritant, se preferă legarea clasică. Se foloseşte o compresă sterilă, aplicată pe bontul ombilical. Dacă bontul este zemuind, se curăţă în prealabil cu alcool 70° sau cu eozină 2%.

În ţările anglo-saxone se abţin de la orice pansament, mulţumindu-se să se aplice un antiseptic la fiecare schimb. Această atitudine are avantajul de a preveni orice macerație şi de a favoriza o desicaţie rapidă. Este necesară însă o igienă riguroasă, cu lenjerie curată şi schimbată la timp.

La noi în ţară banda ombilicală a intrat în tradiţie, fiind socotită de neînlăturat.

• *Îngrijirile pielii.* Aşa cum s-a văzut mai sus, la naştere pielea este acoperită cu un strat mai mult sau mai puţin important de *vernix caseosa*, care este un fel de unsoare protectoare bogată în vitamine.

Unii pediatri îl înlătură printr-o spălare rapidă; alţii îi găsesc virtuţi binefăcătoare, preferând să-l lase să fie resorbit de piele. Ultima soluţie, mai logică şi mai naturală, pare cea mai bună. Baia precoce prezintă riscul răcirii corpului, iar folosirea săpunului ar fi responsabilă de eritemul toxi-alergic ce apare în primele 24-48 ore.

Evitarea pierderii de căldură are o importanţă deosebită la nou-născut. S-a constatat o corelaţie sigură între scăderea temperaturii rectale în decurs de o oră şi mortalitate. Dacă maternitatea nu este dotată cu o masă de reanimare încălzită electric, menţinerea temperaturii corporale se realizează cu ajutorul unui radiator plasat în apropierea nou-născutului şi prin învelirea acestuia în scutece încălzite în prealabil.

Tot în sala de naşteri nou-născutul este cântărit, se fixează o brăţară de identificare (pe care se înscrie acelaşi număr ca la mamă), şi i se face un examen clinic rapid de către medicul pediatru. Îngrijirile şi observaţia asistentei de copii din secţia de nou-născuţi trebuie să se bazeze pe o schemă, pentru a nu se trece cu vederea nici un amănunt.

Trecerea nou-născutului în salonul de nou-născuţi se face imediat după efectuarea îngrijirilor amintite mai sus. Aici va fi instalat într-un pătuţ încălzit în prealabil (scutece încălzite, sticle cu apă caldă). Dacă mai are încă secreţii în căile respiratorii superioare, se vor aspira din nou, aşezându-l cu capul în poziţie declivă într-un unghi de circa 15°. Se vor verifica din nou sexul, identitatea şi greutatea. După termometrizare, va fi înregistrat în registrul secţiei de nou-născuţi.

1.2.4. *Incidenţe fiziologice*

• *Scăderea "fiziologică" sau "iniţială" în greutate.* Nou-născutul prezintă o scădere în greutate între prima şi a cincea zi de viaţă, care este în medie de 6% din greutatea iniţială, cu limite extreme între 3% şi 10%. Proporţia scăderii în greutate este în funcţie de:

a) momentul când începe alăptarea;

b) greutatea iniţială a nou-născutului (la cei cu greutate mai mare la naştere, scăderea este mai mare);

c) instalarea secreţiei lactate la mamă;

d) îngrijirile acordate în primele zile (cantitatea de lichid administrat, temperatura mediului înconjurător, respectarea repausului nou-născutului);

e) starea de sănătate (cei bolnavi pierd mai mult în greutate).

Scăderea fiziologică în greutate este un fenomen natural. Dacă greutatea nu se recuperează până la vârsta de 2 săptămâni, înseamnă că nou-născutul este subalimentat sau bolnav.

• *Icterul fiziologic.* În a 2-a – a 4-a zi de viaţă poate apărea o îngălbenire a pielii şi a mucoaselor (ochi), care se accentuează până în ziua a 4-a – a 5-a şi dispare în 1-3 săptămâni. Icterul este mai intens pe faţă şi torace. Când coloraţia galbenă este pronunţată, nou-născutul este somnolent şi suge mai greu. Culoarea icterică este determinată de creşterea bilirubinei din serul sanguin; aceasta este eliberată prin distrugerea globulelor roşii (hemoliză) şi nu poate fi prelucrată decât foarte încet de către ficatul nou-născutului, încă insuficient maturat. Icterul fiziologic este un fenomen absolut normal, care se manifestă cu intensitate diferită la majoritatea (85%) nou-născuţilor.

Când icterul apare din prima zi, este intens şi rapid progresiv, este vorba de o boală ce necesită un tratament de urgenţă. De asemenea, dacă icterul persistă peste 3 săptămâni, va fi chemat medicul, deoarece poate fi vorba de o stare patologică (boli de ficat, de sânge sau foarte rar un icter cu urmări neurologice grave – icterul nuclear).

• *Criza genitală.* Trecerea unor hormoni materni în organismul fetal explică unele mici modificări trecătoare observate la nou-născut. Cea mai frecventă este criza genitală, exteriorizată prin modificări ale glandelor mamare şi ale organelor genitale.

a) *Glandele mamare.* La 3-4 zile după naştere, la aproximativ 40% dintre nou-născuţii de ambele sexe, glandele mamare se întăresc, atingând uneori 3-4 cm în diametru; la apăsare, se scurge un lichid lăptos asemănător colostrului. Această modificare este lipsită de pericol, dar dacă se stoarce glanda mamară, aceasta se măreşte şi mai mult, riscă să se infecteze şi să devină sediul unui proces purulent. Mameloanele se îngrijesc cu delicateţe, în condiţii de sterilitate. Dacă roşeaţa este vie şi din mameloane se scurge un lichid lăptos, se aplică sub cămăşuţa sugarului tampoane mici de vată sterilă, care se fixează cu o bandă de tifon asemănătoare cu cea folosită la ombilic (nu se fixează cu leucoplast, care iriă pielea şi favorizează extinderea inflamaţiei). Mărirea de volum a glandelor mamare atinge maximum la sfârşitul primei săptămâni de viaţă şi se poate menţine de la câteva zile până la câteva săptămâni sau luni (fig. 1.8).

Fig.1. 8 – Criza hormonală mamelonară.

b) *Sângerări şi secreţii vaginale.* Acelaşi substrat este la baza micilor sângerări vaginale sau a apariţiei unor simple secreţii vaginale formate din mucus, eritrocite şi celule epiteliale ("vulvovaginită descuamativă"). Este suficientă o toaletă zilnică a regiunii vulvare, efectuată cu comprese sterile (nu vată din care rămân fire!) înmuiate în apă fiartă şi răcită. Este cu totul inutilă aplicarea de unguente cu antibiotice.

c) *Mărirea testiculelor.* La băieţi poate apărea o *mărire a testiculelor* şi chiar un început de spermatogeneză.

• *Descuamaţia fiziologică.* Încă din viaţa intrauterină şi continuând cu primele săptămâni de viaţă, se produce o desprindere de scuame din straturile superficiale (stratul cornos) ale epidermului. Această descuamaţie poate fi discretă, sub formă de scuame mici, asemănătoare cu tărâţa (furfuracee) sau extrem de pronunţată, în fâşii (lambouri, descuamaţie laterală), mai ales pe trunchi, pe palme şi plante (tălpi). Modificările acestea nu necesită nici un tratament special; zonele descuamate reprezintă porţi de intrare pentru diferiţi germeni şi de aceea se vor lua măsuri riguroase de igienă. Dacă descuamaţia este foarte pronunţată, regiunea interesată se va tampona cu infuzie de muşeţel sau cu ulei fiert; nu se vor folosi unguente cu antibiotice (ce predispun la micoze!) şi nu se va spăla cu apă caldă şi săpun (irită).

• *Eritemul alergic* apare în primele zile de viaţă, la unii dintre nou-născuţi. Este constituit din erupţii variate, ca pete roşii (macule), mici elemente proeminente (papule) sau mici băşici (vezicule). Când veziculele se usucă, se formează cruste. Uneori, erupţiile localizate pe faţă îmbracă aspectul unor placarde mari, roşii, asociate cu umflarea (edemul) pleoapelor şi chiar cu secreţii ale conjunctivelor. Starea generală este bună şi nu se constată alte tulburări generale (febră, lipsă de poftă de mâncare etc.). Erupţiile cutanate nu necesită nici un tratament special, ele dispărând spontan, în câteva ore sau câteva zile. În cazurile de erupţii mai intense şi mai persistente, se aplică pulberi inerte (talc).

• *Febra de sete* corespunde în timp cu punctul maxim al scăderii greutăţii. Apare îndeosebi în sezonul cald. Excesul de căldură, prin greşeli de îngrijire (soba sau calorifer supraîncălzit, sticle cu apă caldă, perne electrice) şi cantitatea insuficientă de lichide primită de nou-născut (lapte, ceaiuri) constituie un factor favorizant întâlnit adesea în producerea febrei de sete. Se înregistrează creşteri ale temperaturii corporale până la 38°, maxim 39°C şi adesea durează 24-48 ore. Sugarii reacţionează diferit la această febră: 1) unii sunt agitaţi şi prezintă un plâns răguşit; 2) alţii sunt somnolenţi şi fără vlagă; 3) buzele sunt uscate; 4) sugarii îşi plimbă limba în gură sau o scot uneori afară, căutând sânul sau biberonul cu ceai; 5) micţiunile se răresc (sub 5 în 24 de ore); 6) în cazurile grave, sugarii devin palizi, cu ochii încercănaţi, înfundaţi în orbite şi cu miros special al aerului expirat şi al gurii, asemănător cu acetona ("mere putrede"). Dacă nou-născutul nu este bolnav

(infecții, traumatisme obstetricale), febra se explică prin pierderea de lichide ce are loc după naștere (meconiu, urină, sudație, respirație) și prin greșeli de îngrijire (supraîncălzirea salonului sau incubatorului, aportul insuficient de lichide). Punerea la sân cât mai repede după naștere (la 3-6 ore!), alimentația "la cerere" (inclusiv noaptea) și la nevoie, administrarea corectă de lichide sub formă de soluție de glucoză 5% sau ceai de plante (chimen, anason sau mușețel) cu 5% zahăr previn apariția febrei de sete și determină dispariția ei.

• *Scaunele (materiile fecale)*

De multe ori, primul scaun are loc chiar în momentul expulsiei; următoarele la 1-2 zile după aceea. Scaunele din primele zile poartă numele de meconiu. Sunt dense, se lipesc de scutece, iar culoarea lor variază de la negru (ca gudronul) la maroniu sau verde-măsliniu.

a) *Colonizarea intestinului.* După naștere, în decurs de câteva ore, tractul gastrointestinal se umple cu aer. Pornind de la gură și nas și mergând către anus, se produce colonizarea cu microbi a diferitelor segmente ale tubului digestiv. La sugarii alimentați natural, în flora intestinală domină bacilul bifidus, iar la cei hrăniți artificial, coli. Germenii saprofiți au o mare importanță în digestia alimentelor și în sinteza unor vitamine (vitamina K).

b) *Scaunele de tranziție.* Între a 3-a – a 5-a zi de viață, după eliminarea meconiului, apar așa-zisele scaune de tranziție, rezultate din digestia primelor mese. Aceste scaune sunt în număr de 5-6 în 24 de ore, de culoare verzuie, uneori cu mucus. În cazul unei alimentații exclusiv la sân, se menține în continuare un număr mai mare de scaune, grunjoase, uneori verzi și explozive. Este o mare greșeală de a considera drept patologice aceste scaune. Dacă nu se însoțesc de deshidratare, febră, modificări ale stării generale, iar mirosul lor rămâne acid, acrișor (fetid) nu se va lua nici o măsură de tratament.

1.2.5. *Alimentația*

Natura a prevăzut pentru sugar cea mai bună alimentație: *laptele de mamă.* Nici un alt aliment nu conține substanțe energetice și de construcție ce se potrivesc perfect funcțiilor tractusului gastro-intestinal, metabolismului și rinichilor. Laptele matern constituie un aliment unic, ușor digerabil și utilizat în întregime de către organism.

Pe lângă substanțele necesare creșterii și întreținerii corpului, vitaminele importante pentru viață și substanțele minerale, laptele de mamă conține substanțe de apărare, care ocrotesc pe copil împotriva bolilor și îi conferă o mare putere de apărare. Copilul alimentat natural este scutit de reacțiile de sensibilitate, care se pot dezvolta. La copiii proveniți din familii cu alergii, laptele de mamă are o importanță deosebită în prevenirea sau, cel puțin întârzierea apariției diferitelor alergii (respiratorii, digestive, cutanate).

Laptele de mamă este totdeauna proaspăt, lipsit de microbi și cu temperatură potrivită. În alimentația naturală mama nu poate greși, cele câteva reguli fiind ușor învățate sau însușite prin instinct. Cu laptele de mamă nu este posibilă supraalimentația; chiar și mai târziu în cursul vieții, copilul alimentat la sân rar devine supraponderal. Această alimentație constituie forma cea mai ieftină și cea mai economică în ce privește timpul și efortul depus. Fără multe pregătiri și/sau complicații copilul suge după nevoi. Mai ales în prima săptămână de viață, nou-născutul trebuie să învețe să sugă, să-și reglementeze ritmul meselor și să înceapă să-și prelungească pauza de noapte. Față de alimentația "artificială" unde este nevoie de apă fiartă, lapte praf, biberoane și tetine sterile, alimentația la sân nu este numai cea mai bună, dar și cea mai comodă.

Suptul la sân asigură o bună dezvoltare a maxilarelor și dinților. Mișcările ce le impune suptul la sân favorizează o formare corectă a maxilarului superior și inferior, și o erupție și o implantare fără anomalii ale dinților. Sugarii alimentați la sân își sug degetul mai rar sau mai puțin. După alăptare se întâlnesc mai rar incidente ca: regurgitații, vărsături, sughițuri, colici, neliniște, tulburări de somn.

Prin alăptare sănătatea mamei este favorizată. Secreția hormonului oxitocina asigură o revenire mai rapidă a formei și dimensiunilor uterului matern. Rezervele de grăsime acumulate în timpul sarcinii se vor reduce mai repede asigurând revenirea la greutatea normală. Alăptarea face ca sânii să capete până la urmă forma inițială. La mamele care alăptează, riscul îmbolnăvirii de cancer (de mai târziu) este mai mic decât la celelalte femei.

Alăptarea are importanță nu numai ca hrană. Contactul pielii și legătura strânsă, o comuniune puternică între mamă și copil, cu urmări pentru educație din cursul întregii copilării. Pe lângă potolirea foamei,

ţinerea la piept îi aduce contact nemijlocit, căldură şi siguranţă, copilul capătă încredere în mediul înconjurător, forţa sa psihică se dezvoltă şi calea vieţii de mai târziu va fi influenţată pozitiv.

• *Formarea laptelui.* Sânul femeii este constituit din ţesut glandular, grăsos şi de legătură (conjunctiv). Partea grăsoasă şi conjunctivă determină mărimea, forma şi duritatea mamelelor. Capacitatea de a face lapte ţine de ţesutul glandular.

În fiecare sân se găsesc corpi glandulari cu câte 15-20 lobi glandulari, din care pornesc canale prin care se scurge laptele direct în mamelon. În zona mameloanelor fiecare canal se lărgeşte într-un fel de lac cu lapte, care serveşte ca rezervor pentru laptele format.

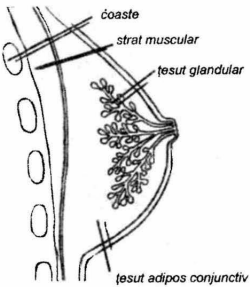


Fig. 1. 9 – Conformaţia sânului când femeia nu este gravidă.

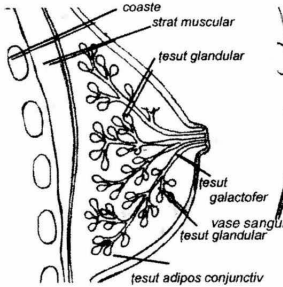


Fig. 1. 10 – În timpul sarcinii ţesutul glandular se schimbă.

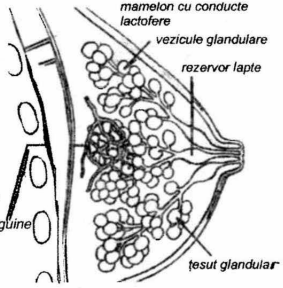


Fig. 1. 11 – În timpul perioadei de alăptare ţesutul glandular care produce laptele se dezvoltă şi mai mult; canalele laptelui se lărgesc şi formează mici bazine care servesc ca rezervoare pentru laptele format.

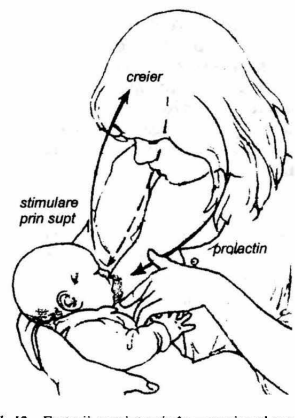


Fig. 1. 12 – Factorii care intervin în mecanismul secreţiei lactate.

În fiecare acin glandular se găsesc 10-100 vezicule (alveole) în ale căror celule secretorii, substanţele nutritive din sânge se transformă în lapte. Alveolele sunt înfăşurate în fibre musculare foarte fine, care sub influenţa unui hormon (*oxytocina*) se contractă şi împing laptele în canale (reflexul fluxului laptelui).

În timpul sarcinii, sub influenţa hormonilor placentari, se formează şi cresc în volum ţesuturile glandulare, grăsoase şi conjunctive. Sânii se măresc şi devin mai grei prin aportul suplimentar de sânge, venele devin mai evidente. Când începe ultimul trimestru al sarcinii, aceste modificări sunt încheiate. Formarea laptelui depinde de prolactina secretată de hipofiză şi care este revărsată în sânge în cantităţi crescânde. La unele femei în ultimele săptămâni de sarcină dinaintea naşterii se scurge din glandele mamare un lapte deschis la culoare.

Secreţia de lapte adevărat survine când se naşte copilul şi placenta este eliminată. Acum acţionează doi hormoni: *prolactina* şi *oxytocina*.

• *Colostrul.* În primele zile glandele mamelonare secretă un lichid vâscos, cu tentă gălbuie, fluid, transparent, care are un conținut mai mare în proteine și minerale (calciu, sodiu, potasiu, clor), dar cu conținut scăzut în grăsimi, hidrocarbonate (lactoză) și valoare energetică (kilocalorii). Între a 2-a și a 4-a zi după naștere începe secreția lactată propriu-zisă, încet sau brusc. Revărsarea laptelui dinspre celulele secretorii prin canalele de scurgere se însoțește de întărirea și umflarea sânilor; pielea se roșește uneori și devine caldă. Între a 5-a și a 15-a zi se formează așa-numitul *lapte de tranziție*, cu o tentă galbenă-cremoasă.

Spre vârsta de 2-3 săptămâni apare laptele matur de femeie. El este alb, subțire și devine apos și alburiu ca laptele degresat. Cu toate acestea el conține tot ce trebuie ca sugarul să aibă o creștere normală. Mai mult, el este un aliment viu al cărui conținut în proteine, grăsimi, hidrați de carbon, vitamine și minerale se modifică în perioada alăptării în funcție de nevoile organismului sugarului în creștere.

Producția de lapte începe când copilul este pus la sân. Doi hormoni reglează reflexul de formare și livrare a laptelui. Suptul copilului din mamelon determină impulsuri spre hipofiză care secretă prolactină. Pe calea sângelui, aceasta ajunge și stimulează formarea de lapte de către alveole. Prin supt frecvent și golirea sânilor este provocat reflexul de formare a laptelui. La circa o jumătate de oră după naștere, nou-născutul resimte o mare dorință de a suge și atunci este bine să fie pus pentru prima dată să sugă. De aceea în maternitățile moderne sunt condiții ca mama să fie plasată imediat în aceeași cameră cu sugarul (*sistemul rooming-in*). Dar, cel mai bine este ca nou-născutul să sugă imediat după naștere, de dorit în decursul primelor 6 ore. Cu cât sugarul este pus mai târziu, cu atât reflexul de supt devine mai slab. Scurgerea laptelui este mai rapidă și mai bună cu cât sugarul este pus mai repede la sân. După aceea el doarme mult și se reface după efortul venirii pe lume. În primele zile, el își potolește foamea cu cantități mici de lapte de tranziție. Uneori este nevoie să i se adauge o soluție cu glucoză, care nu împiedică plăcerea de a suge.

Reflexul de scurgere al laptelui (Let-down-Reflex) provocat de suptul nou-născutului pus la sân determină după 1-3 minute instalarea secreției hormonului oxytocină de către hipofiză. Imediat se deschid canalele laptelui (galactofore) în care, între timp, se adunase lapte liber. Alveolele continuă să producă și să se umple cu lapte format proaspăt și mai bogat în grăsimi, care trece în canalele galactofore de unde este supt de sugar.

Fig. 1. 13 – Rooming-in: mama și nou-născutul rămân împreună în salon.

Acest joc complicat al hormonilor este tulburat cu ușurință de stresul, neliniștea, agitația, nesiguranța și lipsa de încredere a mamei. Reflexul de scurgere a laptelui este inhibat, alveolele se contractă și nu mai lasă să se scurgă laptele. Mama are lapte, dar acesta nu ajunge la sugar. În această situație laptele stagnează, ceea ce duce la mastită (inflamația sânului).

Unele femei au nevoie de o perioadă mai lungă până când se scurge laptele ("furia laptelui" este întârziată). Aceasta este influențată de punerea tardivă sau la intervale mari a sugarului la sân. La alte mame, dimpotrivă, gândurile la copil, privirea și țipetele acestuia, fac să intervină acțiunea oxytocinei. Simpla atingere sau mici tracțiuni ale sânului fac ca să picure lapte din mameloane. Oxytocina acționează, de asemenea, asupra uterului, care își revine mult mai repede la volumul inițial și mai ales fără contracții dureroase.

• *Îngrijirea sânilor.* În ultimele 4-2 săptămâni dinaintea naşterii începe formarea prelaptelui şi deschiderea canalelor prin care se scurge laptele (galactofore). Din când în când gravida va apăsa mamelonul între două degete pentru a elimina câteva picături din laptele preformat. Dacă se formează mici cruste gălbui sau alburii vor fi înlăturate cu blândeţe, apucând sânul între degetul mare şi arătător, mama va face mişcări domoale de tracţiune şi rotaţie de la bază spre mameloane.

După internarea în maternitate, mama va învăţa şi va respecta cele mai severe măsuri de igienă, fiindcă în maternitate pot fi microbi producători de infecţii grave. De obicei, mameloanele sunt curăţate cu apă simplă sau cu substanţe dezinfectante speciale şi se acoperă cu comprese sterile. În unele maternităţi se pune la dispoziţia mamei o eşarfă specială cu care se susţine şi se acoperă parţial sânii.

Atât în maternitate, cât şi acasă, mama va avea grijă să spele sânii zilnic, dar numai cu apă limpede; săpunul usucă pielea şi înăspreşte mameloanele. În primele 2 săptămâni, la sânii mari şi grei mama va folosi un sutien vechi la care i se secţionează conurile.

După câteva săptămâni sânii nu mai sunt aşa umflaţi, devin mai moi şi se micşorează. La unele mame, deşi alăptează, sânii revin la mărimea normală. În astfel de situaţii se va refolosi sutienul. La unele mame din mameloane se scurge laptele, de obicei atunci când se apropie sau chiar numai când se gândeşte la sugar. În aceste cazuri reflexul de scurgere a laptelui funcţionează prea bine; ca apărare se vor pune comprese sterile şi pe deasupra un tifon împăturit în mai multe straturi. Dacă mama are senzaţia de mâncărime şi/sau usturime, va înlătura laptele şi va apăsa mameloanele cu mâna făcută ghemotoc pentru a reduce scurgerea de lapte. După alăptare nu se acoperă şi nici nu se pune sutienul, ci se lasă sânii descoperiţi, să se usuce la aer ("băi de aer"). În tot timpul resturile de lapte şi de salivă ale sugarului se înlătură şi la nevoie se spală mameloanele pentru a preveni infecţia pielii.

Durerile. Unele mame, cu sensibilitate mai mare, pot avea *dureri, iritaţii şi chiar sângerări* ale mameloanelor. Când sugarul este pus la sân şi laptele se scurge, apar dureri vii. Se recomandă ca mama să stoarcă puţin lapte, ceea ce face ca sugarul să apuce mai bine mamelonul şi suptul să nu mai fie aşa puternic. Pentru a proteja mameloanele, sugarul va fi alăptat mai des, dar va fi lăsat mai puţin (ca durată) să tragă la sân. Sugarul nu va fi prea flămând şi nu va stoarce prea brutal mameloanele. Uneori apar *crăpături (ragade)* ale mameloanelor şi chiar ale sânilor. Cu expuneri la aer şi radiaţii de soare se obţine, de obicei, vindecarea. Mama se va culca cu sânii descoperiţi ("goi"), dacă este posibil, cu fereastra deschisă, pe o durată de 15-30 minute de 2-3 ori pe zi. Se poate aplica seara, în strat foarte subţire o cremă moale (vaselină, lanolină pură, eucerină fără apă).

"Rănile" mameloanelor în general sunt incidente trecătoare, care survin destul de des, în primele zile după naştere. Este bine ca mama să nu aplice orice stil de remedii, ci să apeleze la medic, singurul care are priceperea necesară pentru îngrijirile corespunzătoare, care de cele mai multe ori constă în măsuri simple, fără medicamente şi fără întreruperea alăptării.

Stagnarea laptelui şi inflamarea sânilor. Prin mici crăpături ale sânilor microbii din secreţiile nasului şi faringelui sugarului de pe lenjeria sau de pe mîinile murdare ale mamei pot pătrunde prin intermediul mameloanelor în corpul mamei. Microbii găsesc în lapte o hrană ideală, ducând uşor la infecţie. Curăţenia personală este prima condiţie a alăptării. De asemenea, prin stagnarea laptelui se poate ajunge la infecţia sânului (mastită). Reflexul de scurgere a laptelui este tulburat: scurgerea liberă a laptelui este dereglată, pe sâni apar noduli. Mama va masa sânii înainte de alăptare: se apucă sânii cu mâna, cu degetul mare deasupra şi cu celelalte dedesubt. De la bază până la mameloane se întind şi se freacă sânii cu degetul mare. Compresiunea şi masajul nodulilor se va face cu atenţie şi cu răbdare pentru că sunt deosebit de dureroşi. Aceste manevre duc la înmuierea nodulilor, la combaterea stagnării cu golirea sânilor, având ca rezultat prevenirea inflamaţiei.

• *Tehnica alăptării.* Când mama alăptează culcată în pat, va căuta să se aşeze pe o parte, capul mai sus. În cele mai multe cazuri, mamele alăptează stând pe un scaun cu rezemătoare. Picioarele trebuie sprijinite pe un scăunel sau pe o pernă. Capul sugarului se sprijină pe cotul mamei. Cu mâna liberă, mama prinde sânul şi-l apasă între degetul arătător şi cel mijlociu la marginea areolei mamelonare, iar cu degetul mare comprimă sânul, în timp ce împinge mamelonul şi

Fig. 1. 14 – Alăptarea nou-născutului – poziția lăuzei.

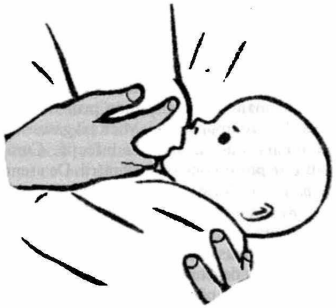


Fig. 1. 15 – Alăptarea nou-născutului: mamelonul este cuprins bine între buzele sugarului; fosele nazale sunt libere; mama cuprinde mamela între arătător și median și apasă cu degetul mare.

areola în gura sugarului. Acesta cuprinde mamelonul și începe să sugă. În continuare, dacă sânii sunt prea voluminoși și/sau încărcați, mama va continua să comprime sânul pentru a lăsa libere nările sugarului pentru respirație. Dacă nu primește aer, sugarul întrerupe suptul.

Copilul se naște cu reflexul de căutare și de supt, așa că nu trebuie învățat cum să tragă singur din sân. Când sugarul scapă mamelonul și ajunge pe obraz, mama va îndrepta capul sugarului în poziție corectă și acesta deschide gura și începe să sugă. Unii sugari întrerup suptul sau chiar adorm cu mamelonul în gură. La aceștia se recomandă fie să fie ciupiți de obraz, fie să se excite buzele copilului cu sfârcul sânului, fie să se stoarcă puțin lapte (mirosul și gustul îl stimulează); fie, în sfârșit, să se facă mișcarea de "du-te – vino" cu mamelonul în gura sugarului (mijlocul cel mai eficient).

Unii nou-născuți, de obicei prematuri sau cei care au avut o naștere mai greoaie (dar adesea și unii cu greutatea normală și fără vreo cauză aparentă) adorm la sân, obosesc sau sug prost. La aceștia, pe lângă "remediile" mai sus amintite, se pot încerca: percuții pe fese sau pe spate, mișcări ușoare de rotație ale degetului mare al mamei în palma sugarului sau flectarea și apăsarea picioarelor pe partea de jos a corpului său. Dintre toate aceste mici tehnici, cea mai eficientă ni se pare mișcarea de "du-te – vino" a mamelonului. La cei care obosesc, se poate face o mică întrerupere a suptului cu ridicarea și ținerea nou-născutului în brațe, cu burta lipită de corpul mamei ("pielea la piele").

În mod normal, în circa 10-20 minute un sugar suge cantitatea de lapte care-l satură.

La început sugarul va fi alimentat la ambii sâni, cu schimbarea ordinii cu care se începe. De multe ori, sugarul preferă unul dintre sâni; aceasta se explică prin dimensiunile și forma mamelonului (cele mai mici și/ sau turtite sunt evitate).

Durata suptului. În primele zile după naștere mama va alăpta pe sugar numai câte 5 minute la fiecare sân. Nevoile alimentare sunt mici și mameloanele se obișnuiesc încet cu suptul. La început suptul este adesea dureros, mai ales când sugarul apucă și trage vârtos de mamelon.

De îndată ce formarea laptelui s-a instalat, sugarul va fi pus la fiecare sân câte 10-20 minute pentru a goli bine sânii. La începutul suptului laptele este mai subțire și devine mai bogat și mai hrănitor spre sfârșitul alăptării. La al doilea sân, sugarul poate fi deja sătul și atunci nu mai vrea să sugă. Când sânii conțin lapte din abundență, fiind de ajuns, sugarul va fi lăsat să sugă la fiecare supt la un singur sân, deoarece prin excitația suptului, se formează mai mult lapte decât este nevoie. Dacă este prea mult lapte, se va extrage cu pompa sau prin muls o parte din surplusul de lapte, deoarece laptele cald, care stagnează în canalele sânului constituie un mediu ideal pentru microbi.

Când mameloanele s-au călit, sugarul va fi lăsat să hotărască cât să sugă. Fie că stoarce mamelonul, fie că doarme, el ține strâns mamelonul, îl comprimă între maxilare și-l morfolește în continuare. Mama îl va îndepărta cu blândețe, pentru a nu răni mameloanele. Sugarii înfometați sug ușor și înghit mult aer; trebuie să se facă pauze pentru a da aerul afară. După alăptare sugarul va fi ridicat în sus cu capul sprijinit de umărul mamei (de preferat) sau va fi așezat pe poala acesteia. Îmbrăcămintea sugarului va fi apărată de laptele regurgitat cu o bucată de tifon, un scutec sau o babetică. Mama va bătea ușor și va scărpina spatele sugarului până ce acesta dă afară aerul. În caz că sughite sau are colici, va fi ținut în brațe, cu abdomenul lipit de pieptul (pielea) mamei. Uneori, administrarea câtorva linguriță de ceai sau suc de lămâie duce la încetarea sughițului.

Dacă are probleme cu mameloane sensibile, mama trebuie să țină sugarul la sân cel mult 10 minute la fiecare sân și apoi să întrerupă suptul. În primele 5-8 minute sugarul trage 75% din prânzul respectiv. Dacă este ținut mult la sân, sugarul nu va suge mai mult lapte; rația la o masă și pe 24 de ore este în funcție de foamea, de corectitudinea ținerii la sân și de nevoia sa de supt.

Intervalele între mese. Sugarul va fi hrănit la "cerere". Nu se pune la sân după un orar fix. Nu se trezește din somn, nu se așteaptă "ora mesei", nu se face pauza de noapte. La început, în primele 2-3 zile, el suge de circa 5 ori în 24 ore, la intervale de 5 ore. Formarea laptelui ține în primul rând de frecvența supturilor. Sânii nu produc prea mult lapte și acesta este ușor de digerat, ceea ce face ca sugarul să flămânzească repede. Apoi în primele săptămâni, intervalele între supturi sunt de circa 2-3 ore. Aceasta înseamnă că mama trebuie să alăpteze de 8-10 ori în 24 ore, respectiv și noaptea. Cu cât sporește producția de lapte, cu atât se măresc intervalele între mese. Sugarul își anunță foamea la circa 3-4 ore. Dacă el trage la una din mese foarte mult lapte, poate să nu mai ceară să sugă 5 ore. Alteori, el poate să fie din nou înfometat după 2 ore. Este, într-adevăr, obositor pentru mamă, dar de obicei această perioadă este scurtă și sugarul ajunge la un anumit ritm, cu pauze de 3-4 ore. Copilul nu va fi lăsat să țipe de foame. Cu timpul numărul de mese ajunge la 7-5 în 24 ore, mai întâi renunțând (de obicei) la masa de la miezul nopții și apoi la cea de la orele 2-3 noaptea.

Cantitatea de lapte. Cantitatea de lapte nu este aceeași la fiecare masă. Nu este utilă cântărirea înainte și după supturi. Când este sătul, sugarul adoarme și nu se mai mișcă până la masa următoare. Dacă suge destul, sugarul este mulțumit, liniștit și doarme bine. Dacă urinează des, înseamnă că laptele îi este de ajuns. Cantitatea de lapte supt pe zi este variabilă. Dacă sugarul crește bine, progresând cu câte 140-210 g pe săptămână mama nu trebuie să-și facă probleme.

Uneori, mamele mai anxioase se tem că sugarul nu primește lapte suficient. În astfel de situații se va face "proba suptului". Pentru aceasta, sugarul va fi cântărit înfășat, înainte și după fiecare supt și se notează diferența dintre cele două cântăriri în decurs de 24 ore. De subliniat că se pot trage concluzii utile numai dacă proba suptului se face la toate mesele, zi și noapte. Unele mame, fiind puse în situația de verificare a performanței secreției lactate, sunt emoționate, stresate, determinând în ziua respectivă scăderea secreției lactate. Repetarea probei suptului, mai ales când se face incorect nu este demonstrativă și poate duce la nevrozarea mamei.

Personal, nu recomand proba suptului! Nevrozează!

Cantitatea de lapte în 24 de ore este, în general, în jur de 140-175 ml/kg corp/24 de ore, divizată la numărul de mese. Se folosesc mai multe formule de calcul. După cea mai simplă, sugarul în primele luni de viață primește 1/5 până la 1/6 din greutatea sa corporală, iar mai târziu 1/7. De exemplu, un sugar de 4 500 g trebuie să sugă de la 4 500:6 = 750 ml la 4500:5 = 900 ml.

Repetăm, criteriul major pentru aprecierea corectitudinii rației este progresul greutății. Rația zilnică utilă poate varia de la 120-130 ml/kg corp/ 24 ore la 180 ml/kg corp/24 ore.

Alăptarea gemenilor. Dacă au fost aduși pe lume gemeni, alimentația la sân a ambilor nou-născuți se poate face concomitent. Sânii se adaptează la o producție de lapte mai mare. Mama are nevoie de un ajutor (în maternitate o asistentă, iar în familie soțul sau o bunică) pentru hrănirea și îngrijirea nou-născuților.

Mama, într-o poziție șezândă comodă, pune pe fiecare sugar pe câte o pernă, lateral pe lângă corp în dreapta și în stânga a coapselor sale. Apoi îi ridică mai

sus. Cu fiecare mână cuprinde capetele şi le sprijină corpul pe antebraţe. Desigur, mama poate alăpta pe fiecare sugar în parte, aceasta fiind mai comod, dar cerând mai mult timp.

Dacă mama nu are lapte suficient, la fiecare masă alăptează numai un sugar, iar la celălalt i se dă o diluţie de lapte praf (formula, lapte adaptat) cu biberonul. Pentru această treabă este nevoie de încă o persoană. La masa următoare se schimbă ordinea, cel de al doilea sugar primind lapte de mamă.

Când gemenii rămân mai mult timp în maternitate (când s-au născut prematuri sau/şi cu greutate mică), laptele va fi reglementat prin muls (de dorit cu ajutorul unei pompe electrice). Prin aceasta, producţia de lapte creşte treptat până când gemenii sunt duşi acasă.

Alăptarea după cezariană. Şi după cezariană, alimentarea la sân este posibilă, dacă, bineînţeles, starea corpului mamei este bună. După rahianestezie (prin înţepătură în măduva spinării) mama poate alăpta pentru prima dată, la scurt timp de la scoaterea fătului. După o anestezie generală, mama poate lua şi ţine nou-născutul în braţe în primele ore şi dacă nu este prea obosită şi epuizată, va încerca să-l alăpteze. Din cauza medicamentelor folosite pentru anestezie, nou-născutul poate fi somnoros şi nu este deloc interesat să sugă. De altminteri, lăuza simte nevoia să ia copilul în braţe, dar de multe ori mişcările ei sunt stingherite de durerile de la locul operaţiei şi din zona unde s-au injectat soluţiile cu seruri şi medicamente.

Mama nu trebuie să descurajeze. După 3-4 zile, în majoritatea cazurilor, lăuza se va strădui să alăpteze copilul, ceea ce va face să se declanşeze scurgerea laptelui. Vezi 2.5. Alimentaţia nou-născutului în familie – pag. 94-122.

În maternitate, înainte de externare, se administrează două vaccinuri: BCG (împotriva tuberculozei) şi antihepatita B. De asemenea, în caz că se optează pentru profilaxia rahitismului cu doze-şoc ("Stosstherapie") se administrează o primă injecţie cu 200 000 u.i. de vitamina D (D_2 sau D_3 fiecare având aceeaşi eficacitate).

1.3. **Lăuzia**

Lăuzia este perioada care începe odată cu expulsia placentei şi se întinde până la vindecarea plăgilor produse de naştere şi involuţia modificărilor genitale şi extragenitale, apărute în cursul sarcinii (4 săptămâni). Procesul de involuţie are răsunet asupra întregului organism. Se produce sub influenţa unor factori endocrini, legaţi de expulsia placentei. Involuţia uterină mai depinde şi de contracţiile uterului (când sunt dureroase se numesc "răsuri").

După naştere lăuza rămâne, de obicei, în maternitate 4-7 zile. Dacă naşterea a decurs fără incidente, deja după 6-8 ore se poate ridica. În timpul internării în maternitate, lăuza beneficiază de asistenţa calificată a obstetricianului şi a moaşei. După aceea, la domiciliu, marea majoritate nu mai ţin legătură strânsă cu cabinetul de obstetrică. Prin forţa lucrurilor, ele rămân aproape exclusiv în grija pediatrului şi a asistentei de ocrotire, care se ocupă de obicei numai de sugar. Lăuza "rezolvă" problemele de îngrijire personală după nivelul său de instrucţie şi în funcţie de condiţiile materiale şi de civilizaţia în care trăieşte.

Lăuza ridică numeroase probleme de profilaxie (de îngrijire), de tratament (prezenţa plăgilor rămase după naştere) şi de noua postură a mamei (alăptarea) etc. De aceea este necesară o înţelegere cuprinzătoare privind transformările biologice din această fază a procreaţiei. Pe de altă parte, ca şi sarcina, lăuzia comportă o serie de perturbări funcţionale sau chiar îmbolnăviri organice. Prevenirea şi tratamentul lor sunt de o importanţă deosebită pentru revenirea femeii la starea de sănătate dinaintea sarcinii şi naşterii. Pentru îndeplinirea rolului de mamă şi în primul rând acela de a-şi alăpta copilul, este necesară o evoluţie normală a perioadei de lăuzie.

Femeile se comportă foarte diferit imediat după naştere. Multe dintre ele sunt încă atât de agitate şi de pline de fericirea lor, încât nu realizează epuizarea fizică şi nevoia de repaus. Starea de satisfacţie face ca unele suferinţe proprii să treacă pe plan secundar. Este de datoria asistentei de obstetrică s-o ferească de tot ce o poate deranja (vizite inoportune, spaime generate de starea copilului, lipsa de confort şi igienă). Este de

domeniul miraculosului cum natura ține să recompenseze pe femeie pentru durerile pe care le-a suportat; nu numai bucuria că are un copil, dar și uitarea extraordinar de rapidă a crelor de suferință șterge din amintire tot ce ar putea să o apese.

Modificările hormonale din ziua a 3-a – a 5-a de lăuzie favorizează uneori o stare depresivă, caracterizată prin griji insuficient motivate, legate de copil sau de restul familiei. Așa-numitele "zile cu lacrimi" reprezintă o tulburare sufletească trecătoare. Familia va fi avertizată să menajeze această stare de instabilitate psihică a mamei.

În primele 8-10 zile după naștere, lăuza are nevoie de supraveghere medicală specială și de îngrijire calificată. Ea are nevoie de liniște și relaxare. Pentru cele mai agitate se vor rezerva saloane mici cu anturaj reconfortant. Ideale sunt saloanele în care mama stă cu nou-născutul (*rooming-in*).

1.3.1. Modificările corpului

• *Revenirea uterului la normal*

Uterul începe să-și reia volumul normal chiar din primele ore de după naștere. În prima zi după naștere fundul uterului se palpează la nivelul ombilicului și coboară în fiecare zi cu un lat de deget. În ziua a 10-a de lăuzie se află la nivelul simfizei pubiene sau cu 1-2 laturi de deget deasupra acesteia. Uterul revine la normal după 6 săptămâni. Mucoasa care a înconjurat fătul se elimină puțin câte puțin și se cicatrizează. Sângerările numite "lohii" sunt la început abundente, sub formă de cheaguri de sânge, devin seroase, tot mai reduse și se opresc după circa 2-3 săptămâni. La unele femei persistă încă multă vreme. Mirosul lohiilor trebuie verificat în fiecare zi; el trebuie să fie fad. Un miros fetid constituie un semn de infecție. Prezența și cantitatea de sânge din lohii nu depind de alăptare.

Apar contracții dureroase. Ele pot surveni foarte repede după naștere și se datoresc retracției uterine. Dispar cam după 48 ore. La femeile care alăptează sunt mai puternice și mai dureroase.

• *După episiotomie*. Dacă s-a făcut o episiotomie, mama va simți contracții, jenă sau dureri la nivelul cusăturii. Pe lângă spălături cu apă caldă și săpun, care se fac zilnic în prima săptămână, atunci când mama urinează, se va tampona cu o compresă sterilă și, eventual, va usca plaga cu un uscător de păr pentru a grăbi cicatrizarea. Firele se "scot" în a 4-a, a 5-a zi. Dacă durerea la locul episiotomiei persistă dincolo de 3 sau 4 luni trebuie neapărat consultat medicul. Este necesară "reluarea" chirurgicală pentru ca femeia să nu mai sufere.

Eforturile scremetelor din timpul nașterii provoacă uneori formarea de hemoroizi dureroși. Medicul va prescrie un tratament local (pomadă antihemoroidală) sau general (antiinflamator). Se poate aplica local o pungă cu gheață. Dacă este constipată, gravida nu va aștepta 1-2 zile pentru a merge la closet. Scremetele nu pot să redeschidă o cicatrice de episiotomie (vezi mai sus tratamentul constipației.

• *După cezariană*. Ca orice intervenție chirurgicală, cezariana poate fi cauza unei mari oboseli. În general se recomandă ca lăuza ce a născut prin cezariană să se ridice din pat chiar din a doua zi pentru a evita orice complicație venoasă, iar din a 2-a – a 3-a zi se va deplasa aproape normal. Dușul nu este permis decât în a 5-a sau a 6-a zi. Firele și agrafele vor fi scoase între a 6-a și a 10-a zi. Tranzitul intestinal și urinar sunt mai lente față de o naștere pe cale joasă. Medicul va prescrie medicamente împotriva durerii pentru contracțiile și durerile de la nivelul cicatricei. Nașterea prin cezariană nu împiedică alăptarea. În rest, corpul lăuzei va reacționa ca și când ar fi avut o naștere normală.

• *Vulva* rămâne câtva timp mai mult sau mai puțin mărită după naștere.

• *Mușchii abdomenului* necesită timp mai îndelungat (peste 6 săptămâni) până își recapătă tonusul. Tonicitatea lor este influențată favorabil de exercițiile fizice.

• *Vezica urinară* are încă un tonus muscular scăzut, ceea ce explică faptul că lăuza percepe mai greu nevoia de a urina ("senzația de micțiune"). Capacitatea vezicii este crescută. La nivelul colului vezical se semnalează un edem care predispune, în asociere cu scăderea tonusului muscular, la tulburări micționale cu retenție de urină. De aceea uneori este nevoie să se sondeze vezica pentru a elimina urina în primele zile după naștere. Înainte de a se ajunge la sondaj, se vor încerca toate mijloacele pentru a ajuta lăuza să urineze spontan. Pe fondul de modificări vezicale din timpul sarcinii (stagnarea urinei) se explică tendința la infecții a căilor urinare. Odată cu revenirea tonusului muscular, funcțiile vezicii se normalizează. Diureza este crescută.

Lăuza urinează mai mult, deoarece se elimină excesul de apă acumulat în țesuturi în timpul sarcinii.

• *Pielea.* În locul vergeturilor violacee din timpul sarcinii rămân niște dungi albe, care vor persista în tot cursul vieții. Pigmentația feței și a mameloanelor dispare treptat, în timp ce linia albă abdominală rămâne încă multă vreme pigmentată.

• *Temperatura corpului.* Imediat după naștere poate apărea frison, fără creșterea temperaturii; frisonul se explică prin răcirea corpului și prin hemoragie. În faza de furie a laptelui, temperatura axilară poate fi temporar mai ridicată. În mod normal, temperatura lăuzei este cea obișnuită (36,5-37°C). Temperatura se va măsura de 2 ori pe zi.

• *Sânii* femeii sunt situați pe suprafața mușchiului pectoral. În vârful mamelei se găsește mamelonul ("sfârcul"), pigmentat, înconjurat de o suprafață circulară numită areolă, pigmentată viu, de la roz până la brun închis (fig.1.16).

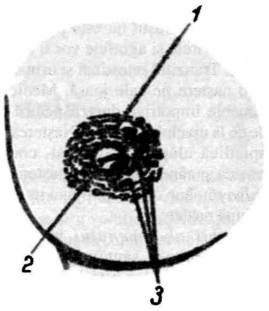


Fig. 1. 16 – Conformația sânului. 1. areola mamară; 2. mamelon; 3. glanda sebacee.

Glandele areolare (glandele Montgomery) se înfățișează ca niște glande sebacee (de grăsime) modificate; sunt niște mici ridicături, grupate în număr variabil. Forma și mărimea sânilor sunt variabile de la o persoană la alta și depind de repartiția țesutului glandular, grăsos și de legătură, precum și de modul de fixare pe torace.

Formarea laptelui este un proces complicat, care se desfășoară sub controlul unor substanțe secretate de hipofiză (fig. 1.12). Facem această precizare pentru a înlătura simplismul cu care se "imaginează" procesul de formare a laptelui. Adesea lăuza este îndemnată la consumarea unor cantități mari de lapte de vacă, în dorința de a ajuta "suirea laptelui" (vezi pag. 33).

Transformări hormonale. Imediat după naștere, hormonii placentari se găsesc în concentrație mare în sângele lăuzei. În câteva zile, această concentrație scade simțitor și dispare efectul inhibitor asupra hormonilor hipofizari (FSH și LH), care își reiau funcția de stimulare asupra ovarelor, fapt ce se concretizează în secreția de estrogeni și în reluarea procesului de maturare foliculară (ovulație).

Funcția ovariană. Durata absenței menstruației (amenoreea) depinde de lactație, dar în mare măsură și de factori individuali. Chiar la lăuze care nu alăptează, este nevoie de 6 săptămâni până la prima menstruație. De aceea, o nouă concepție (sarcină nouă!) nu poate avea loc decât în jurul acestui termen. La unele femei apare o pierdere de sânge la circa 3 săptămâni după naștere, numită "mica menstruație".

La 80% din mamele care alăptează există o amenoree de lactație, ca urmare a unei inhibiții a funcției gonadotrope a lobului anterior al hipofizei. Amenoreea de lactație este semnul unei hipofuncții ovariene și se însoțește de sterilitate temporară. **Cu toate acestea, alăptarea nu reprezintă o protecție totală împotriva unei noi concepții, așa cum este scris în unele cărți de vulgarizare.**

• *Îngrijiri.* Lenjeria de pat și de corp se schimbă des. Pentru evitarea murdăririi saltelei, se va pune o aleză de cauciuc sau de material plastic sub cearceaf.

Compresele sterilizate se schimbă în funcție de cantitatea pierderilor de sânge. Trebuie să se evite să fie atinsă cu mâna partea care se aplică pe părțile genitale. Chiar la lăuza sănătoasă, sângele și secrețiile care se elimină după naștere conțin microbi, care, dacă ajung pe mameloane, pot produce inflamația glandelor mamare sau/și pot infecta nou-născutul.

• *Alimentația.* Opinia după care lăuza trebuie să mănânce cât mai mult și orice pentru a favoriza o rapidă recuperare a forțelor este eronată. După naștere, ea poate primi lichide după 4 ore, iar după 12 ore se trece la un regim normal. Alimentația va conține lichide din abundență, proteine (lapte, derivate ale laptelui, carne, ouă) și vegetale. Prin consumarea de ½ - ¾ l lapte pe zi, se acoperă plusul de calorii, necesare în lăuzie.

• *Pulsul și temperatura* se controlează de 2 ori pe zi. După revenirea acasă, este bine să se controleze în continuare temperatura timp de 2 săptămâni. Orice ascensiune peste 37,4°C va fi anunțată medicului familiei.

• *Evacuarea urinei* este uneori dificilă în primele zile după naștere. Se ajunge uneori la retenție urinară, cu umplerea și încărcarea excesivă a vezicii (chiar 1 ½ litri).

Pentru a evita aceasta se recomandă exerciții de gimnastică, aplicații de comprese călduțe în regiunea vezicii, closet civilizat, curat și confortabil.

• *Reglarea tranzitului intestinal (scaunele).* În timpul primelor 2-3 zile, în general, femeia nu are scaun; clisma făcută înainte de naștere a golit intestinul, iar alimentația este constituită în aceste zile predominant din lichide. Intestinul are tendința de inerție, de aceea obstetricianul recomandă, de obicei, în ziua a 2-a după naștere, un laxativ. În a 3-a dimineață, dacă acesta nu a avut efect se introduce un supozitor. Dacă lăuza nu are scaun nici cu acesta, se face o clismă.

După revenirea la domiciliu, dacă se menține tendința la constipație, se recomandă un regim care să conțină vegetale din abundență: salate de crudități, fructe, pâine neagră sau Graham, compot de prune, miere de albine. Gimnastica are efecte favorabile. Eventual va lua 1-2 linguriță de lactoză după mese.

De fiecare dată când femeia urinează sau are scaun, este recomandabil ca regiunea vulvară să fie spălată cu apă călduță, care a fost fiartă în prealabil.

• *Mobilizarea precoce* reprezintă una din măsurile pentru profilaxia trombozelor. În același timp, coborârea precoce din pat și mișcarea sunt eficace pentru stimularea diurezei, favorizarea tranzitului intestinal și restabilirea capacității de muncă.

În multe maternități s-a încetățenit sistemul de a mobiliza lăuza la 2-3 ore după naștere (prima dată pentru scurt timp), chiar dacă are sutură a perineului.

• La femeile care au varice *mobilizarea precoce* este importantă. În continuare, în spital și mai ales acasă, se recomandă o poziție corespunzătoare în pat (fig. 1.17).

La picioarele patului, sub saltea, se pune o pătură făcută sul, pentru a ușura revenirea sângelui dinspre gambe și coapse spre inimă. Aceasta nu este însă suficientă pentru a goli îndeajuns venele profunde ale membrelor inferioare și ale bazinului; este bine ca lăuza să se culce de mai multe ori pe zi pe o parte și pe burtă, chiar dacă nașterea a comportat o intervenție operatorie (cezariană, sutură). În unele cazuri particulare, medicul va da alte prescripții.

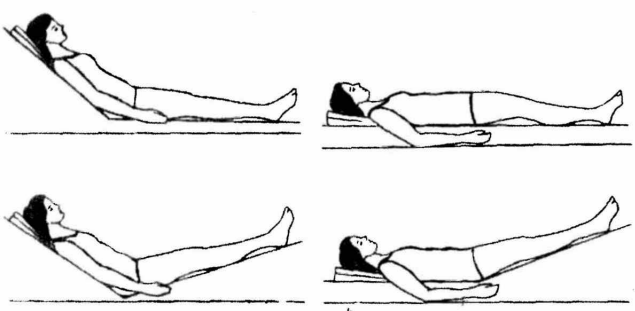


Fig. 1. 17 – Poziția în pat a lăuzei; a) poziție corespunzătoare; b) poziție necorespunzătoare.

• *Sânii* lăuzei trebuie îngrijiți cu multă atenție. Sânii, înveliți în două bucăți de pânză, vor fi ținuți în poziție ridicată, fie printr-un sutien mai mare (folosit din luna a șasea de sarcină) la care se secționează conurile, fie printr-o eșarfă, fie printr-un bandaj. Bandajele vor fi bine spălate, călcate și ținute în dulap într-un compartiment special. Murdăria și microbii de pe comprese, sutiene, bandaje sau alte obiecte de lenjerie sunt la originea infecției mameloanelor (mastite).

Toate manipulările obiectelor de mai sus se fac cu mâinile spălate în prealabil.

Înainte de fiecare supt, mama își va spăla cu grijă mâinile. Unghiile vor fi tăiate scurt. Părul lung, ce cade pe umeri, va fi ridicat și strâns cu un batic. Se începe cu ridicarea bandajului și a micilor comprese sterile ce acoperă mameloanele, compresele se îndoaie cu fața dinspre mameloane în interior, bandajul se strânge corect și se pun ambele sub pernă. Compresele sterile se schimbă zilnic, pânza triunghiulară, sutienul și/sau bandajul se schimbă de îndată ce se murdăresc de lapte. De câteva ori pe zi se recomandă "băi de aer" ale sânilor, care vor fi ținuți descoperiți timp de 20-30 minute de 2-3 ori pe zi. În caz de dureri mari se va anunța medicul obstetrician, care va face recomandările necesare. Nu se vor aplica decât pomezi, pudre sau loțiuni recomandate de medic.

Orice modificare a mameloanelor (sângerări, fisuri, roșeață) sau a sânilor (mastita!) impune anunțarea medicului.

• *Profilaxia infecțiilor.* Lăuza este mai receptivă la infecții. De aceea va fi ferită de orice sursă de infecții (persoane cu guturai, furuncule, răni, înțepături etc.). Mameloanele se vor menaja cu grijă.

Closetele murdare, cada necorespunzătoare, prosoapele comune, lenjeria incorect spălată (fără să fie fiartă și fără să fie călcată!), murdăria de sub unghiile lungi, fructele și zarzavaturile consumate fără să fie bine spălate etc. sunt o parte din cauzele favorizante ale îmbolnăvirilor.

1.3.2. ***După revenirea acasă***

După întoarcerea acasă mama se simte încă obosită. Totul va decurge cu bine dacă lăuza se organizează în așa fel încât să se poată odihni.

Organele nu revin perfect la locul lor decât după circa 4 săptămâni, iar întreg organismul are nevoie de mai multe luni pentru a se termina cu toate solicitările din timpul sarcinii și nașterii.

O veche zicală sună astfel: "O femeie are nevoie de 9 luni pentru a deveni mamă; o mamă are nevoie de alte 9 luni pentru a redeveni femeie; în ambele călătorii trebuie ajutată!".

În primul rând este de datoria soțului și a restului familiei de a ajuta pe mamă.

Mama va face pauze dese în timpul întregii zile și dacă este posibil o siestă după amiază. Nu este bine să se grăbească să rezolve treburile gospodărești, acumulate în timpul internării în maternitate. Să-și programeze mici plimbări. Într-o primă perioadă se va evita masajul abdomenului.

a) *Igiena corporală.* Lăuza poate face duș imediat după naștere, iar îmbăierea în cadă este permisă după 2 săptămâni. Dacă lohiile mai sângerează sau dacă nounăscutul a fost scos prin cezariană, baia generală se face și mai târziu. Baia nu trebuie să fie nici prea caldă și nici prea lungă, mai ales după episiotomie. Oprirea lohiilor se consideră ca semn al închiderii colului uterin, ceea ce permite baia. Având în vedere că s-ar putea să nu aibă încă stabilitatea necesară, când face duș va păși în cadă cu atenție și se vor lua următoarele măsuri: pentru evitarea alunecărilor sau căderilor, lângă cada de baie se va pune un grătar de lemn sau un preș mai gros, iar în cadă o bucată de rogojină sau de postav vechi, gros. Lenjeria de pat și de corp se schimbă des.

b) *Greutatea.* Odată cu nașterea, greutatea scade cu circa 6 kg. Ceea ce rămâne din plusul de greutate înregistrat în timpul sarcinii scade încet. Mama nu va căuta să "scape" prea repede de acest plus ponderal. Cu o alimentație variată echilibrată, fără exces de grăsimi, făinoase și dulciuri, dar cu proteine (lapte, carne) și multe vegetale, în decurs de câteva luni se ajunge la greutatea de dinaintea sarcinii. Mama care alăptează are nevoie de un plus de energie, cu proteine, calciu, fier și vitamine.

c) Nu va face irigații vaginale, chiar în caz de scurgeri, în afară de cazul când sunt în mod special recomandate de medic.

d) După revenirea acasă, va fi examinată încă o dată de medicul obstetrician (la 4-6 săptămâni), care va trebui să constate revenirea la poziție normală a organelor genitale interne și vindecarea totală a rănilor cauzate de naștere.

e) Lăuza poate ieși din casă la o săptămână după externare.

f) Munca în gospodărie se reia treptat, după 2-3 săptămâni.

g) Lăuza nu trebuie să stea tot timpul în pat după externare, dar e bine ca, pe lângă repausul de noapte să-și asigure un repaus la orizontală de mai multe ori pe zi.

h) După 2 luni poate avea, din punct de vedere organic, o nouă sarcină.

Solicitarea mamei prin sarcină, îngrijirea și alăptarea sugarului, constituie motivul pentru care se recomandă

intervale mai mari între sarcini. Se consideră optim intervalul de 2 ani între prima și a doua sarcină.

Transpirațiile abundente se observă la majoritatea lăuzelor. Lenjeria intimă se va schimba des și cu un burete sau un tifon se vor spăla cu apă călduță zonele mai predispuse (regiunea genitală, abdomenul, subsoara, sânii, toate cutele pielii).

Din primele zile după naștere pot fi făcute unele exerciții de gimnastică. Se începe cu exerciții de respirație abdominală, având grijă ca în expirație să se contracte mușchii peretelui abdominal. Apoi dacă lăuza nu are perineotomie, începând din ziua a 5-a poate face și alte exerciții (fig. 1.18).

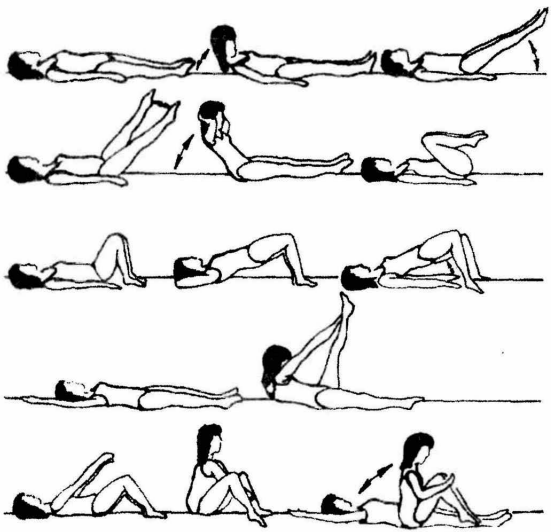


Fig. 1. 18 – Gimnastica lăuzei.

1.3.3. ***Gimnastica lăuzei***

Se face în scopul de a ajuta organismul în procesul de revenire la normal, în urma modificărilor și solicitărilor la care a fost supus în cursul sarcinii și nașterii. Aparatul musculo-ligamentar relaxat și destins trebuie să revină la dimensiunile și poziția normală. Persistența relaxării musculare, abdominală și perineală, poate avea repercusiuni asupra poziției și funcției organelor interne.

1.3.4. ***Măsuri anticoncepționale după naștere***

Dacă mama se simte bine, femeia poate relua repede viața sexuală (la 3-5 săptămâni). Oboseala, micile incidente de după naștere nu sunt propice pentru reluarea relațiilor sexuale prea curând. Cu atât mai mult nu se poate ști sigur când poate reveni capacitatea de concepție. Așa cum s-a amintit mai sus, menstruațiile apar după 6-8 săptămâni la femeile care nu alăptează,

iar la celelalte ceva mai târziu, uneori numai după ce încetează să alăpteze. Alăptarea nu este în nici un caz un mijloc sigur anticoncepțional. Absența menstruațiilor nu înseamnă că femeia nu este fecundabilă. O ovulație poate surveni la 25 de zile după naștere. Pentru a evita o nouă sarcină prea apropiată trebuie, deci, să se ia măsuri anticoncepționale, chiar și înainte de a reapărea menstruația.

Mijloacele anticoncepționale sunt excluse. Imediat după naștere nu se poate recurge la:

– sterilet, care riscă să fie eliminat și care nu poate fi aplicat decât după 2 luni de la naștere;

– metoda urmăririi temperaturii, inaplicabilă atâta vreme cât nu a avut loc prima ovulație.

Mijloace anticoncepționale recomandate. Alături de prezervativul pentru bărbat, pentru femeie se pot folosi:

– spermicidele sub formă de creme, de ovule sau de bureți ce se pot plasa cu 10 minute înainte de raporturile sexuale; trebuie să se evite orice toaletă intimă timp de două ore înainte și după raporturile sexuale pentru a nu distruge acțiunea spermicidelor;

– pilula progestativă microdozată va putea fi utilizată la 10 zile după naștere dacă mama nu alăptează și dacă nu există nici o contraindicație. Dacă mama alăptează, medicul va putea, de asemenea, să o prescrie, întrucât este compatibilă cu alăptarea. Ea poate declanșa mici sângerări vulvare. În schimb, survine o hipercoagulabilitate a sângelui care persistă cam 3 săptămâni după naștere și de aceea nu se vor recomanda pilule prea puternic dozate.

2 NOU-NĂSCUTUL (0–28 zile)

2.1. Instalarea copilului în familie

2.1.1. *Cadrul vieții*

Așa cum s-a mai spus, venirea unui copil într-o casă este un prilej de satisfacții și de fericire. În același timp, trebuie insistat că această sosire implică o mare responsabilitate a părinților. Folosirea locuinței și a modului de viață trebuie regândite pentru a asigura condițiile corespunzătoare desfășurării normale a vieții (dezvoltare fizică și psihomotorie, evitarea accidentelor etc.).

2.1.1.1. *Camera copilului*

Indiferent de dimensiunile locuinței, prima problemă este fixarea spațiului unde va fi instalat copilul și mama la întoarcerea de la maternitate. Acolo unde există posibilitatea amenajării unui spațiu separat pentru copil (în majoritatea cazurilor mama locuiește cu copilul în aceeași cameră), se va alege camera cea mai luminoasă, însorită, ușor de aerisit. Se indică încăperile cu expunere spre sud și sud-vest, de preferat spre grădină, nu spre stradă. Ideal este ca încăperea copilului să comunice direct cu camera părinților. În familiile în care copilul locuiește în aceeași cameră cu adulții, camera respectivă nu va servi nici de cameră pentru musafiri și nici pentru televizor. Este un sacrificiu pe care părinții trebuie să-l accepte în avantajul copilului. Dacă familia nu are la dispoziție decât camera care servește și de bucătărie, este absolut necesară o aerisire susținută, deoarece supraîncălzirea și aburii predispun la îmbolnăviri.

La început camera separată pentru sugar cu sau fără mamă prezintă avantajul că sugarul este mai liniștit, scutit de contactul prea strâns cu ceilalți membri ai familiei (care-i pot transmite diferite infecții prin sărut, tuse, apropiere prea mare de copil, infecții ale pielii prin contact direct etc.), toate îngrijirile se fac în condiții de comoditate, lucrurile lui sunt separate și la îndemână, iar aerisirea se face în mod corespunzător. Pe măsura creșterii copilului apar și alte motive ca el și frații săi să aibă camere separate. Se pot forma deprinderile de ordine; pot să-și satisfacă setea de mișcare sau de joc; accidentele pot fi evitate. În timpul școlarizării, copilul poate să-și organizeze studiul în liniște și independență, în stilul său personal.

• **Pardoseala.** Parchetul prezintă riscul alunecării și întreținerea nu este ușoară. Pardoseala cu ciment sau mozaic este rece pentru copilul care se târăște. Mocheta este plăcută, dar se poate îmbiba cu praf, care predispune la alergie; aspiratorul trebuie folosit zilnic. Preșurile și covoarele sunt responsabile de numeroase căderi dacă nu sunt fixate. Învelișurile lavabile din plastic (linoleum), parchetul, scândurile, constituie soluțiile cele mai bune.

• **Pereții.** Culorile pastel sunt mai odihnitoare, față de cele roșii sau verzi, care sunt excitante. Întreținerea trebuie să fie ușoară (hârtii pictate, lucioase, lavabile) pentru că, după vârsta de un an, copilul le mâzgălește.

• **Amenajarea interioară.** Se evită oglinzile și tablourile din cauza accidentelor pe care le provoacă .

În camera copilului sunt necesare următoarele mobile: patul, masa de înfășat, scaunul pe care stă mama când alăptează, un dulap pentru lenjeria și jucăriile copilului și, mai târziu, un scaun înalt pentru alimentarea sugarului mare (fig. 2.1).

• **Prizele electrice** trebuie prevăzute cu dispozitive de siguranță sau acoperite cu leucoplast, care să împiedice pe copil să introducă degetele. Mobilele trebuie să fie stabile și ușor de întreținut. Se evită sursele de praf (covoare, bibelouri, draperii).

• **Perdelele,** de preferat cele opace, din țesături neinflamabile, trebuie să fie solid agățate pentru a nu cădea și a sufoca copilul. Cordoanele de la perdele pot fi cauza morților prin spânzurare la copiii mici. Paturile vor fi plasate mai departe de perdele.

La ferestre, uși și scări se vor fixa gratii de securitate.

Colţurile mobilelor vor fi învelite cu adezive, care să atenueze şocurile.

• **Curăţenia camerei** trebuie făcută zilnic, cu o cârpă umedă (nu cu mătura!) sau cu aspiratorul. Este interzis să se arunce scutecele murdare pe duşumea sau să se "strângă" într-un colţ al camerei, unde să rămână ore întregi. Este de dorit să nu se spele şi nici să nu se usuce lenjeria în camera în care locuieşte sugarul.

• **Aerisirea.** Aerul poluat, aerul umed, curenţii de aer şi fumul de ţigară exercită o acţiune nefastă asupra sănătăţii şi somnului copilului. În timpul verii se va asigura o ventilaţie permanentă, printr-o fereastră întredeschisă, copilul fiind ferit de curentul aerului direct. Vara se pun site la ferestre sau se întinde un tifon deasupra patului. În zilele excesiv de călduroase ferestrele se deschid numai dimineaţa şi spre seară; în restul zilei se coboară perdelele sau jaluzelele, pentru ca în cameră să fie răcoare. Iarna, camera se aerisește de mai multe ori pe zi, de dorit în timpul zilei, prin intermediul unei camere vecine. În orice anotimp, aerul şi lumina care pătrund prin fereastra deschisă nu pot înlocui efectele favorabile pe care le are în călirea sugarului scoaterea lui afară, în aer liber.

• **Temperatura** locuinţei constituie un element important în îngrijirea corectă şi păstrarea sănătăţii nou-născutului şi sugarului. Mulţi părinţi, mai ales cei care trăiesc în apartamente moderne, îşi închipuie că, dacă este mai cald în casă, este mai bine pentru copil. Credem că pentru obiceiurile noastre (teama de "curent" şi de "frig" fac parte din folclorul nostru), temperatura ideală este de: 22-24°C pentru nou-născut şi sugari în primele luni; în jur de 18-22°C la copilul mai mare. Un termometru de cameră este indispensabil. Mulţi copii au mucoasa nazală uscată printr-o încălzire centrală prost utilizată. Temperatura nu trebuie să coboare niciodată sub 16°C; în lipsă de radiatoare electrice, se vor folosi sticle cu apă caldă la 50°C, închise ermetic şi puse în pătuţ, învelite într-un scutec (pericol de arsuri). În timpul verii este necesară o atenţie deosebită în zilele de caniculă, pentru că sugarii fac uneori un sindrom de supraîncălzire (şoc caloric). În timpul iernii, într-o cameră supraîncălzită (peste 25-27°C) sau prin înfăşurarea copilului în prea multe scutece sau pături se poate ajunge la aceleaşi accidente. Agitaţia, insomnia, ascensiunile febrile sunt determinate frecvent de supraîncălzire. *Boneta este inutilă în timpul cât copilul stă în cameră.* Temperatura ideală trebuie să fie uniformă (în timpul nopţii şi a somnului de 17-20°C, iar în perioadele de veghe 22-24°C). Se va urmări tot timpul dacă mâinile şi picioarele copilului sunt călduţe şi bine colorate. În timpul îmbăierii este suficientă o temperatură de 24°C în cameră. Variaţiile mari şi bruşte ale temperaturii sunt prost resimţite pentru sugar. La copiii obişnuiţi să stea în camere prea încălzite, scoaterea la aer şi călirea, în general, întâmpină uneori riscul îmbolnăvirii.

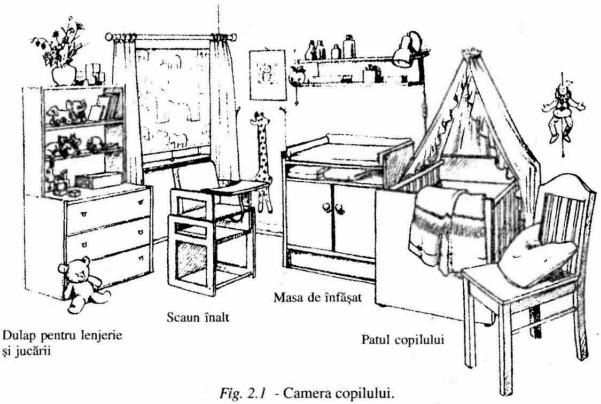


Fig. 2.1 - Camera copilului.

• **Sistemul de încălzire** ideal este cel care poate fi reglat şi în acelaşi timp nu usucă aerul (soba de teracotă, caloriferele cu dispozitiv de reglare, sobele de cărămidă). În apropierea sursei de căldură (pe sobe sau lângă radiatoare) se vor pune recipiente (castroane, farfurii întinse) pline cu apă. Sunt vătămătoare pentru copil: încălzirea cu petrol (lămpi, sobe speciale), încălzirea cu cărbuni (emanaţii de oxid de carbon) aragaze, sobe de fier (când ajung la roşu permit emanaţiile de gaze toxice).

• **Mobilierul.** Mobilele din camera copilului vor fi reduse la strictul necesar şi vor fi simple, stabile (să nu poată fi împinse de copil) uşor de deplasat de către adulţi, uşor de spălat (din lemn, din metal sau din material plastic).

a) *Coşul.* Fiecare copil trebuie să-şi aibă patul lui. Este neigienic şi periculos obiceiul ca acesta să doarmă în patul mamei sau cu fraţii mai mari. În primele luni de viaţă este mai practic coşul simplu de nuiele, special confecţionat pentru copii, bine fixat, cu un echilibru perfect, uşor deplasabil (fig. 2.2).

Se vor evita accesoriile decorative (perdele, volănaşe etc.), întrucât favorizează acumularea prafului. Coşul se căptuşeşte cu pânză simplă, care se prinde de marginile acestuia cu ajutorul unor şireturi, având grijă să se confecţioneze 2-3 schimburi. Nu este indicată căptuşirea coşului cu muşama sau material plastic, deoarece împiedică ventilaţia. Pe fundul coşului se aşază o salteluţă confecţionată tot din pânză (umplută - la oraşe - cu iarbă de mare, iar la ţară - cu foi de ştiuleţi de porumb). Când coşul este în grădină sau pe balcon, va fi acoperit, la nevoie (pentru a feri copilul de insecte), cu un coviltir de tifon. Coşul de nuiele prezintă avantajul că permite manipularea cu uşurinţă, este ieftin, ocupă loc puţin şi se transportă uşor. În schimb, prezintă inconvenientul că nu poate fi folosit peste vârsta de 4-5 luni.

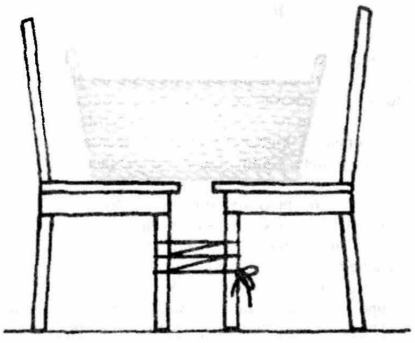


Fig. 2.2 - Coşul de nuiele.

În ultimul timp au apărut leagăne, coşuri cu tot felul de adaosuri (podoabe etc.) care, pe lângă preţul ridicat, nu prezintă nici un avantaj practic.

b) *Patul.* Când sugarul începe să se rostogolească şi/sau să se ridice la şezut, coşul se schimbă cu un pat prevăzut cu pereţi laterali suficient de înalţi. Recomandăm patul de dimensiuni mai mari (70 × 140 cm) în care copilul poate dormi până la vârsta şcolară.

Este bine ca grilajul patului să fie înalt (iar somiera solidă, perfect orizontală) să fie prevăzut cu dispozitive de reglare a fixării somierei şi grilajelor în funcţie de înălţimea mamei şi vârsta copilului. Distanţa dintre două gratii să fie sub 7,5 cm pentru ca sugarul să nu-şi strecoare capul printre ele. Două dintre aceste gratii este bine să fie detaşabile pentru ca mai târziu, când copilul creşte, să poată coborî singur din pat, fără pericolul de a cădea. Paturile cu rotile sunt practice, putând fi deplasate uşor. Paturile trebuie să fie robuste (mai ales grilajele şi somierele) pentru a rezista la zbenguielile copiilor mai mari. Materialul din care este

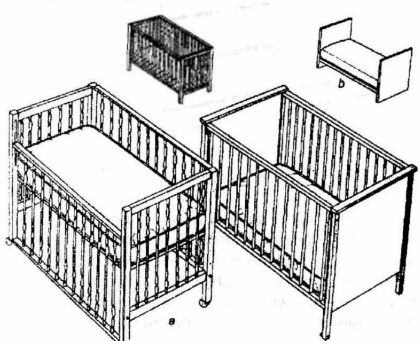


Fig.2.3 - Patul pentru copii: a) Pat cu bare, grilajul lateral şi adâncimea se reglează după talia copilului; b) Pat de sugar transformabil mai târziu în pat de copil.

confecționat va fi lucios, atractiv colorat. Fixarea părților componente (îndeosebi grilajele) se realizează cu șuruburi și/sau balamale care să nu poată fi desfăcute de copil.

Paturile de fier sunt mai rezistente, se curăță mai ușor și mai bine.

Patul se plasează într-un loc luminos lipsit de curenți de aer, mai departe de soba încălzită, niciodată sub perdele, draperii sau tablouri, oglinzi, la care să ajungă copilul.

c) *Masa de înfășat.* Servește la îmbăierea, înfășatul și schimbatul copilului. Este foarte practică dacă este prevăzută cu rafturi sau sertare, în care se păstrează lenjeria și obiectele necesare copilului (fig.2.1). În familie, aceasta se poate improviza, căutându-se soluțiile cele mai economicoase: o masă, un birou, un dulap rabatabil. Pe masa de înfășat se pune o saltea mică, iar în lipsa acesteia o pătură îndoită de mai multe ori. Cele mai bune sunt mesele de înfășat cu sertare și acoperite cu o tăblie "în covată" (fig. 2.4).

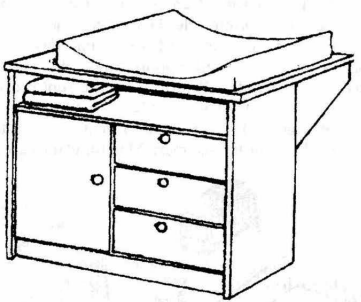


Fig.2.4 - Masă de înfășat cu tăblia în "covată".

Este obositor și chiar dăunător pentru lăuză să se aplece într-o poziție incomodă pentru a îngriji nou-născutul și sugarul. Pe masă se pot păstra la îndemână scutece de schimb, mici obiecte necesare în orice moment; se realizează astfel o economie mare de timp și de eforturi pentru mamă, iar pentru sugar un plus de securitate (nu va fi lăsat gol pentru căutarea unui obiect; dacă este mai mare se poate răsuci și cădea jos). Masa de înfășat se așază în apropierea coșului (patului) copilului, într-un loc ferit de curenți.

d) *Căruciorul* pentru sugari trebuie să îndeplinească următoarele condiții: să fie suficient de încăpător, să aibă arcuri bune; să nu fie prea adânc, pentru a se putea asigura aerisirea; să fie ușor de spălat; să fie cât mai ușor pentru a putea fi deplasat cu ușurință. Coviltirul se ridică numai în caz de ploaie. În rest, căruciorul se ține deschis, pentru a se asigura o bună ventilație. Accesoriile decorative (perdelițe, funde etc.) sunt inutile și neigienice. Când părinții locuiesc la etajele superioare ale unui bloc se alege un cărucior pliant care poate fi transportat cu liftul. În ultimul timp se vând multe modele. Unele din ele sunt complicate și greoaie. Se vor alege cele mai simple, ușoare, reglabile în funcție de vârsta copilului și de nevoi (locuință la etaj, transport în mașină așezarea sugarului în diferite poziții: culcat, semișezând, șezând etc.).

• **Cântarul** pentru sugari este necesar pentru urmărirea creșterii greutății în primul an de viață (în primele luni, cântărirea se face săptămânal, iar după 8 luni, în fiecare lună).

2.1.1.2. *Îmbrăcămintea (trusoul, laieta)*

Pregătirea obiectelor pentru înfășat și acoperit sugarul ar trebui făcute sau procurate de gravidă pe îndelete, cu câteva săptămâni înainte de naștere. În situația în care nu s-au făcut nici un fel de pregătiri, tatăl trebuie să înșghebeze un trusou necesar la ieșirea din maternitate. Cumpărăturile se vor face în funcție de anotimpul în care se naște copilul (vara, iarna). Se aleg obiecte din bumbac și din lână. Pentru nou-născuții cu greutate mică și mijlocie la naștere, se cumpără obiecte cu mărimea de 0-3 luni. La nou-născuții cu greutate mare (peste 3 500 g) se procură de la început obiecte cu mărime de sugar de 3-6 luni. Este bine să se cumpere un număr mic de obiecte pentru că sugarul crește repede: 10 cm în primele trei luni. Pentru familiile înstărite sugerăm următorul trusou:

– un set de chiloți scurți, absorbanți, denumiți și la noi în țară "Pampers" (vezi "Scutecele");

– 6 "bodys", folosit și la noi în țară tot cu denumirea englezească și care constă dintr-o cămășuță cu mânecă scurtă (rar cu mânecă lungă) care face corp comun cu un chilot scurt, acoperă trunchiul și chilotul

absorbant, fiind fixat între coapse cu 2-4 capse sau nasturi;

– 2 bonete de bumbac;
– 2 perechi de botoşei;
– 3-6 cămăşuţe;
– o pătură pentru acoperit;
– o căciuliţă de lână şi o "canadiană" cu glugă în anotimpurile răcoroase;
– pentru dormit: o cămaşă cu mânecă lungă şi cu deschidere în faţă sau un sac de dormit din material subţire (vara) sau matlasat (iarna).

De asemenea, se vor procura obiecte pentru baie (vezi pag. 77) şi pentru alimentaţie (vezi pag. 110).

În săptămânile următoare trusoul se va completa cu obiecte necesare plimbării (îmbrăcăminte mai groasă etc.), eşarfe sau saci "port-bebe" (fig. 2.5) şi scaune pentru maşină (pentru deţinătorii de maşină).

Dacă părinţii nu pot să-şi cumpere vreun dispozitiv sau scaun pentru maşină, mama va ţine sugarul în braţe. La coborâre, mama va ieşi pe uşa dinspre bordura străzii şi niciodată pe partea dinspre carosabil.

Indiferent de vârstă, copilul nu va fi ţinut pe scaunul din faţă şi nici chiar pe genunchii mamei.

2.1.1.3. *Purtarea în braţe*

Sugarul mic trebuie culcat într-o poziţie comodă pe spate sau pe o parte (nu pe burtă!). Când este luat şi purtat în braţe, mama trebuie să fie atentă pentru că îi cade capul. El îşi va ţine capul între a 2-a şi a 3-a lună şi va sta pe şezut de abia la vârsta de 6-8 luni.

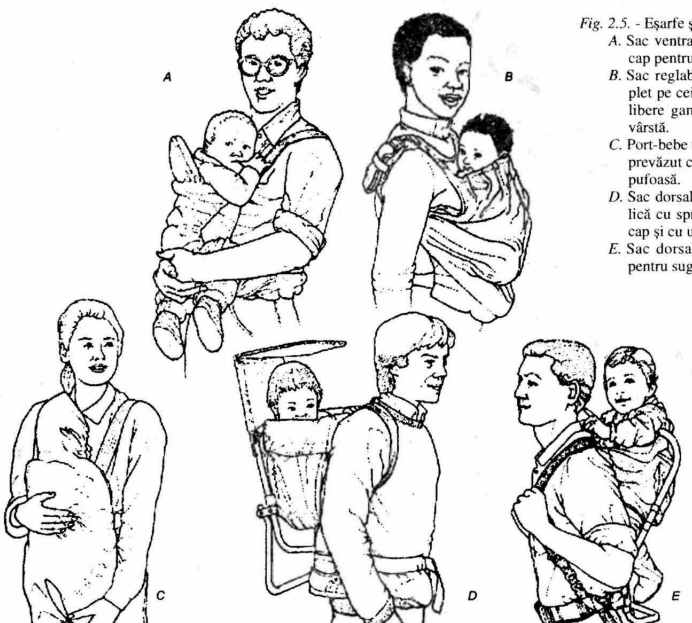


Fig. 2.5. - Eşarfe şi/sau port-bebe.
A. Sac ventral cu sprijin pentru cap pentru nou-născut.
B. Sac reglabil înfăşurând complet pe cei mai mici şi lăsând libere gambele la cei mai în vârstă.
C. Port-bebe uşor şi impermeabil prevăzut cu o dublură caldă şi pufoasă.
D. Sac dorsal cu armătură metalică cu sprijin reglabil pentru cap şi cu umbrelă.
E. Sac dorsal cu şezut reglabil pentru sugari mai mari.

În figurile 2. 6 - 2. 9 sunt schițate câteva variante de ridicare, de luare și de ținut sugarul în brațele mamei.

Fig.2.6 - Ridicarea și luarea sugarului mic în brațe în 3 variante. Se observă grija pentru a-i sprijini capul *(a, b, c)*.

Fig.2.7. - Purtarea în brațe a sugarului mic în 3 variante *(1, 2, 3)*.

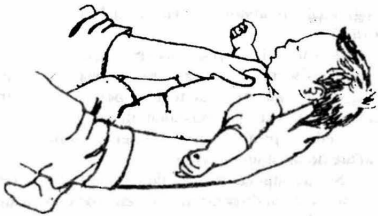


Fig. 2.8. - Întoarcerea sugarului mic. Mama cuprinde cu mâna stângă umărul stâng al sugarului, iar cu dreapta fixată sub ceafa acestuia îl întoarce pe o parte sau pe burtă.

1

2

3

Fig. 2.9 - Purtarea şi ţinerea în braţe a sugarului mare (3 variante).

2.2. Îngrijirile nou-născutului în familie (data ieşirii din maternitate – a 28-a zi de viaţă)

Perioada de nou-născut (0-28 zile) constituie etapa de adaptare la viaţa extrauterină. Este perioada cea mai grea în ceea ce priveşte îngrijirile care se cer din partea mamei, medicului şi asistentei de familie.

Alimentaţia, îngrijirea pielii şi crearea unor condiţii corespunzătoare ale mediului extern (îmbrăcăminte, cameră corect încălzită şi aerisită, adaptarea vieţii de familie la sosirea noului venit, deprinderea mamei să

observe și să îngrijească nou-născutul) sunt de o importanță considerabilă. Mama trebuie să învețe să deosebească limitele normalului privind starea și manifestările nou-născutului. Acest deziderat se impune din primele zile, deoarece în această perioadă au loc o serie de incidente fiziologice (icter, scădere în greutate, erupții cutanate etc.), iar îmbolnăvirile au tendință de generalizare și evoluție rapidă. Pe lângă acestea, de o importanță mare este cunoașterea caracterelor neuromotorii ale nou-născutului. De la o ființă care doarme tot timpul, cu o față inexpresivă, cu pleoape strânse, nou-născutul ajunge (după 3-4 săptămâni) să "vadă", să fixeze și să urmărească cu ochii pe mamă sau un obiect care este mișcat la 30-40 cm de fața lui. Din primele zile se întoarce când simte mirosul sânului mamei sale sau, uneori, vocea. Puterea de percepție este înaintea posibilităților motorii.

Nou-născutul trebuie să fie urmărit de către asistenta de familie cu ajutorul mamei, care fiind tot timpul cu el este mai în măsură să descopere progresele sau anomaliile de dezvoltare ale sugarului. Numai mama are posibilitatea de "a descoperi" la copil când și cum geme, scâncește, țipă, strănută, se întinde, suge și înghite.

2.2.1. *Revenirea în familie*

Externarea mamei și nou-născutului la termen sănătos din maternitate, se face între a 3-a și a 7-a zi de la naștere. La plecare, mama se va informa de la medicul pediatru care a îngrijit nou-născutul despre următoarele:

a) *greutatea și lungimea nou-născutului la naștere și la plecarea din maternitate;*

b) *amănunte despre alimentație* (orarul; dacă nou-născutul a primit și altceva în afară de laptele de mamă; dacă s-au întâmplat dificultăți de alimentație etc.);

c) *dacă s-au aplicat tratamente medicale nou-născutului* (ce medicamente, ce doze, durată, de ce);

d) *ce scor Apgar* a obținut nou-născutul în momentul nașterii;

e) *dacă nou-născutul a necesitat manevre de reanimare* (administrare de oxigen, internare în secția de reanimare) sau dacă a prezentat vreun semn de alarmă (convulsii etc.);

f) *dacă a fost vaccinat B.C.G. și cu vaccin împotriva hepatitei B;*

g) *dacă s-a administrat vitamina D_3 (sau D_2) și în ce doză;*

h) dacă în perioada respectivă au fost *infecții* (diaree, infecții stafilococice cutanate, infecții respiratorii etc.);

i) dacă s-au efectuat testele pentru depistarea fenilcetonuriei și/sau a mixedemului.

În vederea primirii acasă a soției și copilului, tatăl mai are de făcut următoarele:

– Se va sfătui cu medicul de familie și cu asistenta de ocrotire de la dispensarul teritorial de copii asupra următoarelor probleme: a) pregătirile necesare pentru transportul mamei și nou-născutului acasă (mijloc de transport, obiecte necesare înfășării și învelirii nou-născutului); b) obiecte necesare pentru îngrijirea nou-născutului la domiciliu (coș, scutece etc.); c) fixarea locului unde va fi instalat copilul în locuință; d) modul cum trebuie să se comporte cu mama și cu nou-născutul; e) indicații despre alimentația sugarului și lăuzei.

– Va apela la o rudă apropiată care să o ajute pe lăuză în primele săptămâni după naștere. Practic și psihologic, după experiența noastră, mama soției este persoana cea mai indicată.

– Pașnic, dar hotărât, va lua toate măsurile pentru excluderea oricăror vizite inoportune în primele zile după reîntoarcerea soției și sugarului din maternitate.

– Chiar dacă până acum nu a făcut-o, tatăl este dator ca, de acum înainte, cel puțin în primele luni de viață ale sugarului, să se ocupe de toate problemele de aprovizionare ale familiei și să se integreze în toate treburile de gospodărie interioară.

Primele zile după venirea din maternitate. Dacă totul a decurs normal, mama și nou-născutul sunt externați din maternitate cât mai repede, de obicei începând din a 3-a zi după naștere. Este un mare avantaj când mama și nou-născutul sunt aduși cât mai repede în familie, unde este locul cel mai potrivit pentru adaptarea nou-născutului și pentru noua misiune a mamei. Instalarea secreției lactate, legătura permanentă mamă-copil, uniformitatea mediului înconjurător, îngrijirile făcute de aceeași persoană și evitarea infecțiilor intraspitalicești sunt câteva din avantajele aducerii precoce a mamei și copilului în mediul familial.

Zilele și săptămânile care urmează sunt cele mai grele.

În prezent, în țara noastră, toți copiii se nasc în maternitate. Datorită acestui fapt, primejdiile care

pândeau pe mamă şi nou-născut în momentul naşterii, prin lipsa de asistenţă medicală şi de condiţii de igienă, au dispărut. Ceea ce face statul pentru asistenţa naşterii trebuie continuat şi în familie în îngrijirea copilului.

În trecut, experienţa şi superstiţiile se transmiteau de la o generaţie la alta, iar mortalitatea nou-născuţilor şi a mamelor era mare.

În condiţiile vieţii moderne creşterea unui copil nu mai poate fi lăsată pe seama "instinctului matern". Cei doi parteneri, tatăl şi mama, trebuie să fie conştienţi că "misiunea de părinţi" este cea mai importantă din cadrul existenţei fiecăruia dintre noi. Dacă nu a făcut-o până acum, tatăl copilului este dator să anunţe medicul de familie de la care mama va primi îndrumările necesare. Chiar din a doua zi, mama şi nou-născutul vor fi vizitaţi de către medicul de familie sau medicul particular şi de asistenta de ocrotire.

Medicul de familie examinează în mod periodic sugarul. Chiar dacă este sănătos, orice copil trebuie urmărit de medic. Nou-născuţii sănătoşi sunt examinaţi la domiciliu, sugarii sănătoşi vor fi duşi la cabinetul medicului de familie. Acesta va urmări greutatea, dezvoltarea motorie şi psihică, va fixa alimentaţia şi va elabora un plan de prevenire a îmbolnăvirilor (administrare de vitamine, vaccinări, călire prin aer, soare şi exerciţii fizice etc.).

Caietul copilului

O mamă tânără are o mulţime de întrebări de pus medicului şi asistentei de ocrotire. Aceştia vor da, verbal şi în scris (într-un caiet special), indicaţiile corespunzătoare; în acelaşi caiet mama va nota toate întrebările, pe măsură ce-i vin în minte.

Pe coperta caietului se vor nota: numele şi prenumele copilului, evoluţia sarcinii, data naşterii şi a examinării din maternitate, greutatea şi lungimea la naştere, perimetrul cranian, scorul Apgar, maternitatea în care s-a născut, data vaccinării cu B.C.G. şi împotriva hepatitei B, precum şi administrării primei doze de vitamina D.

Ambii părinţi vor nota observaţiile lor despre sugar, iar lunar vor face un bilanţ al progreselor observate (când a plâns cu lacrimi, primul zâmbet, ziua în care a "ţinut" capul, când a stat în şezut, primele silabe şi cuvinte pronunţate, erupţia primilor dinţi etc.), datele la care s-a administrat vitamina D, vaccinările, internările în spital etc.

Recomandările medicului şi asistentei de ocrotire se fac în scris. Cel mai bun medic al unui copil este acela care-l vede tot timpul. Experienţa a demonstrat că urmărirea medicală regulată asigură depistarea precoce a devierilor de la dezvoltarea normală a sugarului. În acelaşi timp luarea de măsuri la primele semne de îmbolnăvire evită catastrofele ce pot surveni în existenţa unui sugar. Modificările conţinutului alimentaţiei, orarul meselor , modalităţile de îngrijire şi de educaţie se vor stabili împreună cu medicul de familie.

Încrederea în medic. Mama nu trebuie să se jeneze să pună orice întrebare medicului, chiar dacă unele par simple sau ridicole. Cadrele medicale sunt obligate să o ajute pe mamă şi să lămurească orice nedumerire. Teama de a nu indispune pe medic nu trebuie să reţină pe părinţi de a solicita asistenta medicală, dacă în starea sugarului a apărut ceva neliniştitor. Sănătatea copilului este mai presus de orice.

Rolul asistentei de ocrotire. De la asistenta de ocrotire mama va cere toate sfaturile practice de care are nevoie. Asistenta de ocrotire va îndruma asupra felului cum să "instaleze" pe noul venit, va răspunde la toate nedumeririle mamei, îi va demonstra cum se îngrijeşte şi cum se alimentează sugarul. Observaţiile şi sfaturile se consemnează în caietul copilului. Va ţine legătura cu medicul de familie şi va pune în practică recomandările acestuia.

Pe lângă sfaturile medicale propriu-zise, asistenta de ocrotire va învăţa pe mamele tinere cum să organizeze munca, cum să folosească bugetul familiei, cum să-şi aranjeze casa, pe scurt va deveni chiar un element de civilizare acolo unde este cazul. Asistenta de ocrotire va indica familiei tot ce este necesar, de la "trusoul" sugarului până la alimente ce trebuie procurate pentru mamă şi sugar. Toate acestea se vor discuta de la om la om, cu toată sinceritatea, având grijă de a nu jigni.

Gândurile şi grijile întregii familii vor fi îndreptate în primul rând către mamă. De luni şi luni de zile, organismul mamei a fost adaptat la prezenţa fătului. În momentul naşterii intervine o schimbare bruscă. Această modificare biologică (hormonală etc.) intensă se produce ca un şoc. Urmarea cea mai pregnantă este apariţia aşa-numitelor "lacrimi de lăuzie". Este suficient ca nou-născutul să sugă mai puţin, ca soţul să-şi exprime cine ştie ce îndoieli despre mamă sau nou-născut sau ca mama să constate că nici o fustă nu-i mai vine bine, pentru ca să verse şiroaie de lacrimi. Acum

începe rolul soțului-tată, care trebuie să arate înțelegere pentru aceste manifestări de depresiune.

Gânduri pentru căsnicie. Tânăra femeie rămâne soția bărbatului ei, chiar dacă a devenit și mamă. Deși dominată de instinctul matern, ea este datoare să vegheze, ca și până acum, la drepturile soțului, să manifeste același interes și afecțiune pentru el. O planificare corectă a timpului permite mamei să se ocupe de copil, de soț și de ea însăși. Pentru aceasta este nevoie de puțină încredere în sine; orice mamă se descurcă cu propriul copil. Civilizația a pus la îndemâna mamei numeroase înlesniri: lapte adaptat, îmbrăcăminte gata confecționată pentru sugar, frigider, mașină pentru spălat rufe, preparate alimentare industriale, mixer, presa de fructe etc., cu ajutorul cărora realizează economie de timp.

Primirea nou-născutului de către frați și surori. Pentru un copil sensibil, venirea unui frate sau a unei surori este o sursă de emoție profundă. El este fericit să proclame această naștere la toate persoanele pe care le întâlnește și la micii săi prieteni (la grădiniță sau la școală). Dacă "bebe" este de același sex, copilul mai mare se socotește superior față de acest nou-născut. Un frate mai mic pentru o "soră mare" (sau invers) provoacă puțină teamă față de necunoscutul pe care-l întruchipează. Când frații sunt mai mari, surpriza dublată de puțină anxietate nu mai este atât de profundă, mai ales dacă sunt deja mai mulți copii în casă.

Nașterea poate antrena o mare tulburare la copii foarte sensibili și timizi. Se întâmplă ca în timpul internării mamei în maternitate, copilul (copii) să fie dus în altă familie; dacă este dus la bunici sau alte rude apropiate (unde este de obicei răsfățat), reacțiile vor fi mai puțin importante; dacă plasamentul se va face la străini (prieteni), este posibil ca această îndepărtare să fie interpretată ca o excludere și să-l tulbure pentru mai multă vreme, chiar dacă tatăl său îl aduce seara acasă.

Copiii între 2 și 5 ani dovedesc o multitudine de sentimente complexe și contradictorii (curiozitate și interes, gelozie și neliniște, decepție, chiar ostilitate) care pot fi la originea unor conflicte psihologice. Ei le traduc prin atitudini multiple; mai întâi, ei se apropie mereu de "bebe", pe care-l privesc, îl ating, îl gâdilă, îl ciupesc, din nevoia de a-i provoca reacții. Cel mai "mic" devine centrul de interes al celui "mare" care încearcă să-i atragă atenția arătându-i jucăriile și cărțile sale; el țipă, cântă, ceea ce atrage adesea, din partea adulților, o atitudine violentă, de neînțeles pentru copil. În aceste zile și în săptămânile care urmează, copiii se pot manifesta variat: a) băieții care până atunci foloseau olița încep din nou "să facă în pantaloni"; b) fetițele (mai ales) cer să-și bea laptele numai cu "biberonul", așa cum i se dă lui "bebe"; în astfel de situații, pentru a nu le priva de lapte și pentru a nu lărgi gama de reacții negative, suntem de părere să se accepte temporar această dorință de circumstanță; c) apare sau se accentuează nevoia de a-și suge degetul; d) în timpul alăptării sugarului, copilul mai mare vrea să stea lipit sau chiar pe unul din genunchii mamei; e) alteori (mai rar, este adevărat) copilul între 2 și 5 ani are atitudini agresive și ostile, ce au loc chiar în prezența părinților; sunt impulsuri imposibil de controlat.

La copiii mai mari (6-12 ani) pot apărea: scăderea randamentului școlar, tendința de izolare sau de a pleca de acasă, căutând societate în afara familiei (alți copii de vârsta lor, bunici etc.). În familiile unde copilul unic la părinți așteaptă un frățior, fetițele, pe lângă o mândrie declarată peste tot, sunt preocupate și grijulii, cu atitudini și gesturi ce imită pe ale mamei. Chiar în astfel de situații, pentru că un copil mic nu are discernământul ca de la un gest de mângâiere sau de îngrijire să nu ajungă la un act de agresiune pentru cel mic, nou-născutul nu va fi lăsat singur în societatea lui (pericol de sufocare, răsturnarea coșului, cădere, administrare de alimente necorespunzătoare, aplicarea de substanțe cosmetice etc.).

Aceste reacții normale pot fi atenuate printr-o atitudine înțelegătoare din partea părinților. Înainte de naștere, se va vorbi copilului cu moderație, despre viitorul "bebe", arătându-i că și el a fost așteptat la fel în urmă cu câțiva ani și ajutându-l la pregătirea camerei sau colțului pentru cel așteptat. Un mic dar, în momentul reîntoarcerii din maternitate, mărește fără îndoială bucuria de a revedea mama cu un pui de om adormit și plângăreț. Este bine, de asemenea, de a-i cere ajutorul (spunându-i că "este mare") antrenându-l la mici servicii care îl fac să crească în ochii lui. A se ocupa de nou-născut este o mare bucurie pe care i-o acordă mama sa: s-o anunțe când plânge, s-o ajute când pregătește biberonul sau când îl înfașă. Mândria și atitudinea lui sunt de-a dreptul înduioșătoare.

Din partea tatălui, ca gesturi de afecțiune față de copilul mai mare, recomandăm: a) să-l mângâie mai mult decât pe cel mic; b) să-și găsească timp pentru joc și plimbare; c) să-l asigure tot timpul că el nu a pierdut nimic din dragostea părinților; d) să-l felicite

pentru o inițiativă mai mult sau mai puțin fericită, dar care izvorăște dintr-o intenție bună; e) să tolereze (și aceasta este mai dificil) chiar regresiunea în dezvoltarea psihomotorie (care este trecătoare) și în comportamentul general al copilului.

În concluzie, indiferent de vârsta fraților (surorilor) mai mari, familia trebuie să facă totul pentru ca aceștia să nu aibă impresia că sunt trecuți pe un plan secundar și să nu adopte față de cel mic atitudini preferențiale.

Ajutorul bunicilor. Prima lună după nașterea copilului este cea mai încărcată din viața mamei. Pe lângă asistența de ocrotire și tatăl copilului, este necesar și ajutorul unei a treia persoane. Oboseala și surmenajul din perioada de lăuzie pot avea urmări nefaste pentru sănătatea sugarului și mamei.

Este de dorit să existe o bună înțelegere între cele două bunici ale copilului. Acestea se vor strădui să menajeze pe mama copilului, atât fizic, cât și psihic. În primul rând, bunicile nu trebuie să încerce să dirijeze totul și să o trateze pe mamă ca pe un copil. Mama simte că nou-născutul este în primul rând copilul ei, că-i aparține exclusiv și că este în stare să-l crească singură. Bunicile sunt obligate să-și struneaască pornirile de posesiune și de diriguire, oferindu-și numai experiența și o participare activă la treburile casnice, printr-o prezență discretă și agreabilă.

Tinerii părinți, la rândul lor, trebuie să știe că bunicii copilului sunt persoanele care, datorită dragostei pe care o poartă, oferă acestuia o îngrijire de care nu este în stare nici cea mai harnică persoană străină.

În lipsa bunicilor se poate apela la o prietenă a mamei pentru ajutor în gospodărie. În oricare eventualitate ajutorul cel mai eficient este asigurat de tată. La epuizarea concediului mamei, în locul creșei sau al unei persoane străine, este de preferat ca micul copil să fie încredințat bunicilor, chiar acceptând unele compromisuri; ar fi iluzoriu de a se aștepta ca bunicii să respecte toate normele stabilite de părinți. Dar, oricât de greșite ar fi unele concepții ale bunicilor în ceea ce privește îngrijirea copiilor, ei o fac întotdeauna cu dragoste și pasiune. De altfel, mulți bunici, după pensionare, se obișnuiesc greu cu inactivitatea; creșterea nepoților le dă prilejul de a fi iar folositori, existența lor căpătând un conținut nou și un stimul de viață.

Vizitele. În primele zile după întoarcerea în familie, mama și nou-născutul au nevoie de liniște. Vizitele, oricât de bine intenționate, nu sunt bine venite înainte de 4-5 zile. Mama și nou-născutul nu sunt obișnuiți cu noul program al zilei, deosebit de cel din maternitate. Mama este nouă în rol, adesea suprasolicitată de alăptare, de îngrijirile nou-născutului și de treburile gospodărești. Pe de altă parte, are un psihic labil, este susceptibilă de a fi contrariată de unii nepoftiți sau de discuții și interpretări neavenite; cea mai mică ironie sau critică o rănește profund. Agitația produsă de "du-te - vino" al vizitatorilor duce la încărcarea atmosferei, cu enervarea mamei, ceea ce face ca nou-născutul să plângă, să sugă mai greu, să regurgiteze și să doarmă mai puțin.

Nou-născutul va fi privit de la distanță; este interzis oricărei persoane (în primele zile, inclusiv tatălui și bunicilor) de a-l lua în brațe, de a-l săruta, de a se "juca" cu el, de a-i "vorbi" din apropiere și chiar de a-l atinge. Mama trebuie să fie fermă pentru a interzice un astfel de comportament, care, pe lângă inconvenientul de a crea stări de agitație, poate duce la transmiterea unor infecții.

Trebuie evitate conversațiile cu vocea prea tare, ceea ce este obositor pentru mamă și poate trezi pe sugar dacă ora alăptării se apropie. Această precauție este și mai necesară în timpul alimentației sugarului. Convorbirile la telefon, mai ales dacă sunt lungi și la ore nepotrivite, pot fi stânjenitoare. De altfel nu este permis mamei să întrerupă alimentația copilului; orice bruscare poate declanșa ulterior dificultăți de alimentație.

Darurile. O naștere este un prilej de a se oferi daruri. Un vechi obicei românesc este ca la nașterea unui nepot, bunicii să ofere bijuterii sau alte obiecte de preț de familie (podoabe, covoare, scoarțe, costume naționale etc.). Mai recent, tatăl copilului oferă mamei bijuterii (o brățară, un colier, un ceas etc.); toate acestea dovedesc afecțiunea ce există între cei doi soți pe de o parte, iar pe de altă parte legăturile trainice între generații, în cadrul unor tradiții ce dau conținut și farmec vieții de familie. Acestea nu trebuie să fie nici obligații, dar nici singurele manifestări de bun venit și de tandrețe.

Vizitatorii pot aduce flori, dar cu condiția ca mirosul lor să nu fie prea puternic. Este bine ca florile să nu fie prea numeroase sau prea mari, pentru a nu deveni supărătoare. O vază cu flori la o familie tânără este binevenită.

De asemenea, obiecte de îmbrăcăminte tricotate cu mâna, jachete, bonete, căciulițe, botoșei, scutece absorbante, prosoape, truse de toaletă (perie, săpunuri, creme, pudră, forfecuță de unghii), biberoane, tetine etc., fac plăcere și sunt foarte utile.

În ultimul timp s-a încetățenit moda "coordonării", care are avantajul că familia primește daruri în funcție de necesități. Așa cum pe alocuri se face o "listă de mariaj" se poate întocmi o "listă de naștere". Această formulă (pentru moment puțin răspândită) are avantajul că evită acumularea unor daruri în mai multe exemplare. Astfel, rudele apropiate se informează reciproc și aduc daruri pentru a completa trusoul necesar copilului: o garnitură cu scutece, pături, cădiță, cântar, presă de fructe, ceas de perete, iar pentru rudele mai înstărite: frigider, cărucior, mixer, mașină de spălat. Am întâlnit situații în care rudele și/sau prietenii se grupează pentru a oferi un obiect mai important.

Somnul

a) *Unde doarme nou-născutul?* Dacă este posibil, este bine ca el să aibă cât mai devreme o cameră în care să doarmă singur sau cel mult cu mama.

În familiile în care nou-născutul locuiește în aceeași cameră cu adulții se va alege pentru coș sau pat un loc ferit de curent, luminos și liniștit.

Nou-născutul nu va fi instalat într-o cameră în care să locuiască numai cu fratele mai mărișor.

Bucătăria, cu atmosfera de umezeală și cu temperatura inconstantă, ca și încăperile cu fum de țigară, sunt dăunătoare pentru sănătatea și somnul sugarului.

Nou-născutul are nevoie de liniște, confort și aer.

Este bine ca familia să se obișnuiască de la început să nu se ocupe fără motiv de sugar. Este suficient dacă mângâierile, îmbrățișările, "convorbirile" se materializează numai prin contactul impus cu prilejul băii zilnice, înfășatului și alimentației. De la început se va vorbi cu el într-un limbaj natural, cu o voce caldă; va fi îngrijit cu calm și, pe cât posibil, de aceeași persoană. Sugarul are nevoie de uniformitate în îngrijire, de liniște absolută, de respectarea programului de somn.

b) *Patul copilului* (vezi pag. 47)

c) *Așezarea nou-născutului și sugarului în pat*

Nou-născutul sănătos va fi culcat pe partea pe care o acceptă; rareori pe spate cu fața în sus; și adeseori capul este sprijinit pe unul din obraji. Nou-născutul la termen este în stare să întoarcă capul, începând de la vârsta de 2-4 săptămâni.

În ultimul timp, se contraindică culcarea nou-născutului și sugarului pe burtă, considerându-se ca fiind una din cauzele morții subite.

Cum se învelește copilul în timpul somnului? Se va folosi o păturică ușoară din lână învelită într-o husă de pânză de culoare deschisă, ușor de spălat.

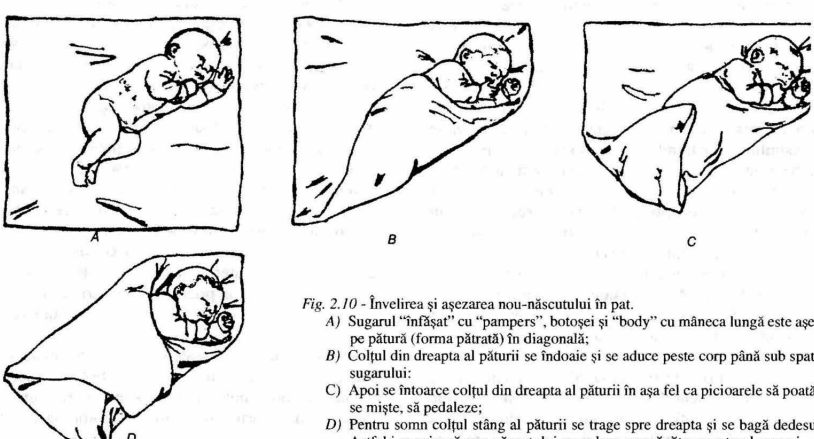


Fig. 2.10 - Învelirea și așezarea nou-născutului în pat.

A) Sugarul "înfășat" cu "pampers", botoșei și "body" cu mâneca lungă este așezat pe pătură (forma pătrată) în diagonală;

B) Colțul din dreapta al păturii se îndoaie și se aduce peste corp până sub spatele sugarului:

C) Apoi se întoarce colțul din dreapta al păturii în așa fel ca picioarele să poată să se miște, să pedaleze;

D) Pentru somn colțul stâng al păturii se trage spre dreapta și se bagă dedesubt. Astfel i se asigură nou-născutului un culcuș asemănător cu uterul mamei.

Pentru nou-născut și sugarul mic socotim că metoda cea mai bună este cea schițată în fig.2.10 a, b, c și d. În timpul iernii, peste pătura cu care se învelește după metoda de mai înainte se poate adăuga o plăpumioară matlasată sau cu puf.

Boneta și căciulița nu sunt necesare; numai când este frig (în cameră sau la plimbare) se acoperă capul în funcție de anotimp și de vârsta copilului.

Se recomandă sacul de dormit? Copilul doarme liniștit atât ziua, cât și în timpul nopții. De abia când crește și începe să "pedaleze" (2 luni) el se poate dezveli, și de aceea se poate folosi, mai ales în cursul nopții, un sac de dormit. Acesta va fi încheiat cu nasturi. Nu se vor folosi nici un fel de șnururi sau șireturi, având în vedere pericolul de strangulare.

Aer și lumină. Ca orice ființă, sugarul are nevoie de aer și lumină, pentru a trăi și a se dezvolta. În plus, acestea stimulează activitatea pielii, circulația sângelui și toate procesele vitale. Organismul încă fragil se deprinde treptat să-și păstreze și să-și autoregleze temperatura. Înainte de a se culca sugarul, se va aerisi încăperea (fie mutându-l în altă cameră, fie prin intermediul unei camere vecine). În funcție de starea de sănătate, de anotimp, de starea vremii (nu va fi scos afară dacă este ger, ceață densă, ploaie, viscol) și de condițiile în care locuiește familia, sugarul va fi scos la aer.

2.3. Nou-născutul normal

2.3.1. *Primul examen medical*

La venirea din maternitate, cu prilejul primei vizite medicale, părinții au pe buze ca primă întrebare: *este sănătos copilul nostru?* La marea majoritate răspunsul este da. Cum ajunge medicul la concluzia că nou-născutul este într-adevăr normal și sănătos?

Examenul medical al unui nou-născut începe cu o convorbire care are ca subiecte evoluția sarcinii și desfășurarea nașterii actuale; istoria sarcinilor și nașterilor anterioare; starea de sănătate a părinților și eventual a rudelor apropiate; ce s-a întâmplat cu nou-născutul după naștere[1]. Este un adevărat interogatoriu, în care părinții trebuie să fie sinceri, exacți în răspunsuri, răbdători și convinși că mulțimea de întrebări ce se pun este în interesul copilului lor.

Înainte de a începe examenul propriu-zis, atât medicul cât și mama se spală pe mâini. Așa cum s-a mai spus, observarea și îngrijirile sugarului se fac într-un mod comod pentru mamă și medic, pe o masă, un birou, un scrin sau o masă de înfășat, mai înaltă și cu o suprafață corespunzătoare pentru așezarea sugarului și a obiectelor necesare pentru îngrijirea lor. În ultimul timp au apărut în comerț o "miniatură" de masă de înfășat, deplasabilă. Constă dintr-o piesă lungă, de 70-80 cm, scobită la mijloc, ca o covată, cu marginile ridicate, matlasată cu un material sintetic, lavabil.

Medicul sau asistenta de ocrotire, împreună cu familia, vor alege unde să plaseze masa de înfășat sau "înlocuitorul" ei. Aceasta se acoperă cu o pătură obișnuită, îndoită, deasupra căreia se întinde o bucată de mușama sau de material plastic, iar peste aceasta un cearșaf mare împăturit în două sau în patru, astfel încât să acopere toată suprafața mesei. Pe paturile scunde ale adulților, îngrijirile se fac incomod și obositor pentru mamă. Înainte de a dezbrăca nou-născutul, se închid ferestrele, iar mama și examinatorul își spală și încălzesc mâinile.

Totul se desfășoară fără grabă, metodic, cu calm deplin, cu gesturi sigure, cu manevre simple și corecte. Mama este impresionată cum medicul examinator cercetează toate părțile corpului acestei mici ființe. Examenul clinic se face după un plan precis, din care să nu scape nimic.

Un bun observator sesizează foarte multe elemente de diagnostic înainte de a fi dezbrăcat nou-născutul. În timpul cât a discutat cu mama, în cadrul unei convorbiri făcute pe îndelete, la care participă toată lumea stând pe scaun, medicul sesizează: starea psihică a mamei; dacă în familie există armonie și înțelegere; topografia locuinței; nivelul de civilizație și igienă al familiei; gradul de educație sanitară și de pregătire pentru rolul de părinți; înzestrarea sugarului, greșelile de plasare a mobilierului în vederea instalării mamei și sugarului etc. Aprecierile medicului și asistentei de ocrotire despre sănătatea nou-născutului, organizarea îngrijirilor (dotare, orar, persoane etc.) vor fi adaptate parti-

[1] Toate aceste date sunt de obicei consemnate în biletul de externare al mamei și în fișa de legătură a nou-născutului.

cularităţilor familiei, gradului de instrucţie, condiţiilor materiale ale locuinţei.

Între timp, medicul a fost atent la nou-născut care urmează să fie examinat (dacă doarme, dacă este agitat; faţa, poziţia în care stă în pat; manifestări anormale). Ordinea examenului nou-născutului nu este aceeaşi ca la adult; nou-născutul este lăsat cât mai mult nemişcat; se face totul pentru ca el să nu ţipe; manevrele mai brutale (ascultaţia regiunii spatelui, unele manevre în cadrul investigaţiilor neurologice şi examenul gurii) se fac la urmă.

Este normal copilul? Aceasta este întrebarea pe care a pus-o mama încă din maternitate. Indiferent de asigurările date de obstetrician şi de pediatrul din maternitate, familia rămâne multă vreme cu aceastã întrebare obsesivă exprimată faţă de orice medic ce examinează copilul în cadrul familiei.

Acum, în familie, medicul, asistenta de ocrotire şi părinţii (îndeosebi mama) au condiţii optime pentru a observa şi cunoaşte noul venit. În paginile care urmează se va da o serie de noţiuni (unele mai complicate, este adevărat) ce pot fi utilizate pentru cunoaşterea generală a sugarului şi pentru depistarea unor manifestări anormale.

Este nevoie ca, în această epocă de progres, adulţii să fie înarmaţi cu cunoştinţe temeinice, aprofundate, privind atribuţiile lor de părinţi. Creşterea unui copil nu mai constituie o problemă de instinct, de tradiţie sau de meşteşugărism îngust. Când orice tânăr are atâtea cunoştinţe din toate domeniile, când instruirea de bază în ţara noastră durează 12 ani de şcolarizare, credem că se poate pretinde că părinţii să deţină un bagaj de noţiuni de un nivel mai înalt, absolut necesar celei mai fireşti misiuni a unei existenţe umane: creşterea şi educaţia urmaşilor.

2.3.2. *Dezvoltarea fizică*[1]

2.3.3. *Greutatea*

La naştere greutatea medie a unui nou-născut este de 3 000-3 500 g.

Aşa cum s-a arătat anterior, majoritatea nou-născuţilor scad în greutate, în primele zile după naştere, cu circa 5-10% din greutatea iniţială. Recuperarea acestei pierderi se face în primele 7-15 zile de viaţă. Aceasta înseamnă că, în mod obişnuit, în prima lună creşterea este de 500-550 g, adică la o lună sugarul cântăreşte 3 600-4 000 g. Bineînţeles că progresul ponderal depinde atât de greutatea de la naştere, cât şi de scăderea fiziologică în greutate.

Din motive didactice, în manuale se scrie că nou-născuţii cresc cu 750 g în prima lună. În practica de toate zilele acest salt ponderal este rareori întâlnit: de aceea, mamele şi asistentele de ocrotire nu se vor alarma dacă sporul ponderal al sugarului nu atinge 750 g în prima lună de viaţă.

a) *Creşterea zilnică este neregulată.* Creşterea de 30 g/zi reprezintă numai o medie calculată din totalul greutăţilor din mai multe zile. Greutatea nou-născutului variază mult de la o zi la alta. Micile neregularităţi se compensează de la sine.

b) *Cât de des se cântăreşte?* Nou-născutul nu trebuie cântărit zilnic. Este suficient un singur control pe săptămână, făcut totdeauna la aceeaşi oră şi cu acelaşi cântar. Oscilaţiile în greutate pot declanşa probleme nejustificate în familiile anxioase.

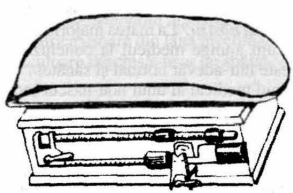


Fig. 2.11 - Cântar pentru sugari.

Dacă este vorba de un nou-născut prematur, subponderal sau bolnav, sunt necesare cântăriri mai frecvente.

Dacă există cântar în casă este bine ca prima cântărire să se facă în ziua sosirii de la maternitate, pentru că există uneori diferenţe importante între cântare.

Cifrele constatate la fiecare cântărire se notează în caietul întocmit de mamă după indicaţiile medicului sau ale asistentei de ocrotire.

[1] Vezi Tabelul 1.1, pag 23.

2.3.4. *Talia (lungimea)*

Talia (lungimea) medie este de 50 cm, cu extreme între 46 şi 54 cm. În instituţii se măsoară cu pediometrul, iar în familie se poate măsura cu o panglică metrică prin întinderea sugarului culcat pe spate pe un plan dur, perfect orizontal şi fixându-i limitele între cap şi tălpi cu două cărţi copertate. Cifrele obţinute sunt mai puţin precise din cauză că extensia membrelor inferioare nu se poate face perfect, tonusul muşchilor membrelor inferioare fiind crescut.

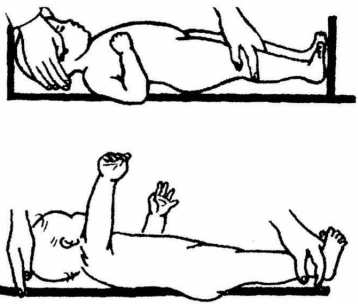


Fig. 2.12 - Măsurarea lungimii sugarului cu podiometru şi la nevoie cu o panglică metrică.

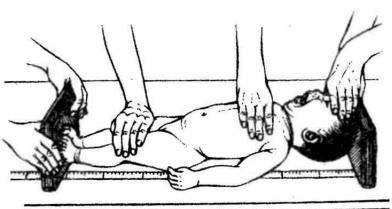


Fig. 2.13 - Măsurarea lungimii sugarului în familie (cu două cărţi şi cu o panglică metrică).

Distanţa vertex (creştetul capului) - coccis este mai precisă decât lungimea vertex-călcâi; în medie este de 34 cm (egală cu perimetrul cranian).

Fig. 2.14 - Măsurarea distanţei dintre creştetul capului şi coccis.

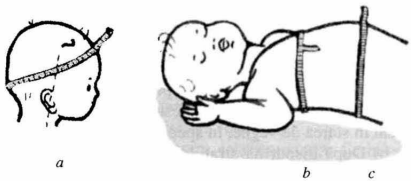


Fig. 2.15 - Măsurarea perimetrelor: *a)* cranian; *b)* toracic (nivelul mameloanelor) ; *c)* abdominal (peste ombilic).

2.3.5. *Perimetre*

a) *Perimetrul cranian* se măsoară la nivelul cel mai mare al circumferinţei capului; în medie este de 34 cm, cu extreme între 32 şi 36 cm.

b) *Perimetrul toracic* este egal sau mai mic cu 2-3 cm decât perimetrul cranian (în medie 32 cm).

2.3.6. *Pielea*

Pielea este catifelată şi elastică. Când se pipăie sau se apucă între degete pielea împreună cu ţesutul grăsos de sub piele, avem o senzaţie plăcută de ţesut în stare de tensiune, elastic, ce revine repede la starea iniţială. Este ceea ce medicii numesc *"turgor"*.

a) *La nou-născuţii prematuri,* la sugarii cu diaree gravă, la distrofici *turgorul* este mult diminuat sau

dispare cu totul; pielea este moale, flască, dacă se apucă o cută ("plică") de piele, mai ales de pe abdomen, aceasta "persistă" câteva secunde (dispare lent) în caz de deshidratare.

La nou-născuții din sarcină depășită, la cei care au suferit în perioada intrauterină, turgorul este de asemenea diminuat, iar pielea poate fi zbârcită, încrețită. Conținutul excesiv în apă, mergând până la apariția de edeme, poate sugera în mod greșit, la prematur, un turgor bun, dar suprafața cutanată este lucioasă, țesutul de sub piele este moale, la apăsare rămâne urma degetului. Pielea nou-născutului reacționează foarte ușor la excitanții externi. Dacă se excită cu degetele examinatorului o zonă oarecare a pielii pot apărea pete mari roșii pe o parte a corpului mai mult decât pe cealaltă. Această reacție cutanată exagerată se datorește probabil unor deficiențe ale reglării circulației sanguine; dispare în câteva luni. În timpul somnului, nou-născutul este de obicei mai palid decât în starea de veghe, în special în jurul gurii.

b) După dispariția stratului umed-grăsos *(vernix caseosa)* pielea suferă un proces de desicație (uscare) și, ca urmare, se descuamează în lamele mai mari sau mai mici (uneori ca tărâțele). În general, culoarea roz sau roșie (eritrodermia nou-născutului) dispare după primele zile de viață. La prematuri poate fi mai pronunțată și se menține mai multă vreme.

Uneori, după revenirea din maternitate, fie în urma contagiunii de la alți copii, fie prin folosirea de lenjerie murdară, fie pentru că nu se face corect toaleta pielii, apar infecții ale pielii sub formă de pustule, mici abcese sau chiar furuncule, care necesită îngrijiri corecte și tratament medical prompt.

c) *Culoarea gălbuie a tegumentelor* din primele zile de viață este expresia icterului fiziologic (vezi capitolul anterior).

d) *Culoarea albăstruie (cianoza) a feței și uneori și a extremităților* (mâinilor și picioarelor), accentuată după țipete, pune unele probleme în ceea ce privește sănătatea copilului, așa că trebuie înștiințat de îndată medicul.

La cei la care nașterea a fost dificilă (prelungită, manevre obstetricale speciale, aplicarea de forceps) se pot constata leziuni superficiale ale pielii (roșeață, vinețeală, necroză de presiune) pe cap, față, alte zone ale corpului (pe fese în caz de prezentație pelviană), dar acestea trec în câteva zile.

e) *Petele roșii* sub formă de "fragă roșie de pădure", de diferite dimensiuni, una sau multiple, se întâlnesc relativ frecvent; mai târziu pot fi tratate cu succes de dermatolog. Poartă numele de *hemangioame*.

f) *Pe frunte, pleoape superioare, ceafă*, mai rar pe nas, se observă uneori pete roșii neproeminente date de aglomerări și dilatări de vase capilare sanguine. Aceste zone roșii ("pete vasculare", *naevus flammens*, "ciupitura berzei") se accentuează când nou-născutul țipă. *De regulă dispar în primul an de viață.* Numai în mod excepțional cele care sunt la nivelul rădăcinii nasului sau pe frunte se șterg aparent, dar rămân toată viața, devenind abia vizibile în timpul emoțiilor sau eforturilor, când se congestionează.

g) *Descuamări* (vezi capitolul 1, pag. 31).

h) *Sudamina* sau "roșeața de căldură" apare mai ales dimineața și dispare după-amiaza, sub forma unor mici ridicături roșii cu vârful albicios; se datorește acumulării de transpirație. Poate duce la inflamația pielii cu roșeață difuză, mai ales pe la cutele pielii. Este bine să nu fie tratată. Aplicația de creme agravează acumularea de sudoare în canalele sudoripare și fenomenul se accentuează. Singurul tratament este evitarea căldurii în exces și, cel mult, pudraj cu talc simplu. Părinții trebuie să se obișnuiască cu aceste erupții. Sugarul este mai puțin afectat decât părinții.

i) *Eritemul fesier ("opăreala"* sau *iritația)* este pe departe "incidentul" cel mai frecvent și mai supărător în primele săptămâni de viață; vom face și aici mici sublinieri.

Când revine de la maternitate, mama este mirată că nou-născutul are o "iritație la fundulеț". Aceasta *nu înseamnă că nu a fost îngrijit cum trebuie*, ci numai că pielea lui are nevoie de o atenție deosebită. Roșeața este limitată câteodată la regiunea anală, dar se poate întinde la regiunea genitală și la partea superioară a coapselor. Această roșeață este produsă de cele mai multe ori de cauze locale:

– *Scaune acide și dese.* Medicul pediatru va indica, poate, o pomadă izolantă care să protejeze pielea sugarului. S-ar putea să recomande și un medicament care să fie dat pe gură pentru a corecta tendința la scaune acide, semilichide.

– Folosirea, rău suportată, de chiloți de cauciuc sau din plastic, utilizarea de detergenți prea energici la spălarea scutecelor și/sau "limpezirea" insuficientă după spălare și fierbere (trebuie "trecute" prin mai multe "ape limpezi").

Dacă eritemul persistă sau se agravează trebuie consultat medicul, care va stabili dacă nu este vorba de o infecție intestinală sau cutanată (cu microbi sau ciuperci microscopice). S-ar putea să fie vorba de o reacție specială a pielii care cere îngrijiri prelungite (alergie etc.).

Pentru evitarea unor greșeli ce se fac frecvent, insistăm cu următoarele sfaturi:

– *cel mai bun remediu pentru tratamentul eritemului fesier este să se lase descoperite, în contact cu aerul, regiunea feselor, organelor genitale și coapselor de mai multe ori pe zi, având grijă ca temperatura camerei să fie în jur de 22°C;*

– să nu se înțarce sugarul și să nu se adauge alt lapte pe motiv că nu este bun laptele de mamă;

– să nu se folosească medicamente pentru tratamentul local și general decât la sfatul medicului;

– pentru prevenirea eritemului fesier se recomandă schimbarea la timp a scutecelor murdare, folosirea de scutece de bună calitate, evitarea folosirii plasticului, să se fiarbă și să se limpezească bine lenjeria sugarului.

De subliniat că introducerea scutecelor absorbante (chiloților tip Pampers) au dus la scăderea eritemului (opăreala de scutece) fesier și inghinal.

j) *Crustele ("cojile") de pe pielea capului.* Pe pielea capului și (rar) pe sprâncene se formează adesea cruste (coji). Ele nu au nimic grav, nu sunt produse de o lipsă de curățenie. În limbaj medical poartă denumirea de "seboreea capului" sau "cruste seboreice". Este manifestarea cea mai frecventă și - pare-se - cea mai ușoară a așa-numitei dermatite seboreice. Aceasta este o stare particulară a pielii ce se manifestă îndeosebi în primele săptămâni de viață și constă în secreția excesivă de substanțe grase, producerea de scuame și înroșirea pielii.

Crustele seboreice se localizează mai ales în regiunea parietalelor și a fontanelei mari. Depozitele pot fi atât de masive, încât să ducă la formarea unui strat compact, gros, grăsos, aderent, uneori urât mirositor. Prin desprinderea brutală a cojilor iese la iveală pielea roșie iritată, câteodată chiar zemuindă. Astfel de coji (în strat subțire, cu fragmente mici) se pot forma și pe sprâncene sau în șanțurile din spatele pavilioanelor urechilor.

Când cojile sunt subțiri sau fragmentate se pot înlătura după baie cu o perie de păr, mânuită blând și delicat. Când stratul crustos este compact și recidivant se aplică cu 4-6 ore înainte de baie o vaselină simplă sau unguent salicilic 0,5-1% și se spală încetișor și meticulos cu mâna de 3-4 ori pe săptămână cu apă săpunită sau șampon pentru copii. Reamintim că regiunea fontanelei nu este fragilă și poate fi spălată ca și restul pielii capului. În cazurile de seboree recidivantă pe sprâncene și după urechi, rezultate bune se obțin în multe cazuri cu produsul "Locacorten" sau "Nidoflor".

k) *Panarițiul.* Este vorba de mici colecții de puroi de pe lângă unghii. Aceste leziuni trebuie semnalate medicului, pentru că pot fi punctul de plecare al unei infecții mai serioase. Până la venirea medicului nu se storc și în general nu se face nimic, cel mult se pun comprese sterile îmbibate în soluție de Rivanol 1‰.

l) *Muguetul (stomatita albicantă, "mărgăritărelul").* Este vorba de pete alburii mai mult sau mai puțin confluente, localizate pe mucoasa gurii, care devine roșie. Câteodată se însoțesc de dificultăți la supt și de agitație. Prin ele însele nu sunt periculoase, sunt date însă de o ciupercă microscopică *(Oidium albicans)* care se poate propaga la distanță (intestin).

Ca mijloc de prevenire se recomandă: fierberea biberoanelor și tetinelor, spălarea sânilor mamei de mai multe ori pe zi, fierberea lenjeriei. Dacă au apărut deja forme de *muguet,* pe lângă măsurile de mai sus, la recomandarea medicului de familie se picură o suspensie de glicerină cu stamicină (Nystatin) în gură (nu se badijonează și nu se pune glicerină boraxată). Mameloanele mamei și/sau tetinele se umezesc în suspensia de Nystatin.

m) *Petele albe pe gingii.* Câteodată se observă pe marginea gingiilor nou-născutului puncte mici albe, ca la un început de erupție dentară, dar care nu agață vârful degetului când pipăim gingia. Sunt mici chisturi care dispar singure cu timpul. Nu trebuie să le confundăm cu cele două mici pete albe dinapoia maxilarului inferior, în dreapta și în stânga, care reprezintă amprenta sub mucoasa faringiană a unor mici ieșituri osoase normale ("pete pterigoidiene").

2.3.7. Craniul

Capul pare mare în raport cu restul corpului. În momentul nașterii se pot produce încălecări ale suturilor datorită modelajului oaselor craniului. Din contră, după cezariană, capul este rotund și simetric.

Oasele craniului nou-născutului nu sunt complet sudate, ci sunt despărțite prin niște șanțuri, care se simt la palpare, în special la prematuri și la hidrocefali. Aceste șanțuri poartă numele de *suturi*. La locul de întâlnire al oaselor craniului nou-născutului rămâne câte o mică zonă fără substanță osoasă, la nivelul căreia creierul este acoperit de învelișurile sale și apoi direct de piele. Aceste spații sunt numite *fontanele*. Prin palparea craniului se pot simți două fontanele (fig.2.16).

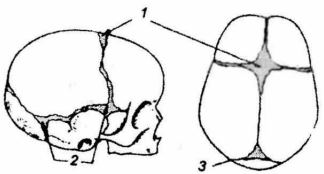


Fig. 2.16 - Craniul nou-născutului: *1.* fontanela anterioară; *2.* fontanela laterală; *3.* fontanela posterioară.

a) La locul de întâlnire al osului frontal cu cele două parietale: *fontanela mare* sau *anterioară*, numită popular *moalele capului*. Fontanela anterioară are în general formă rombică, cu diametre variate de 1,5 până la 3-4 cm (în cele două sensuri). Pornind de la fontanela anterioară, înapoi se poate urmări sutura sagitală, iar spre frunte sutura metopică; ambele nu sunt închise la naștere. Din cele două unghiuri laterale ale fontanelei anterioare se simte sutura coronară. Dacă fontanela anterioară este minusculă (cât pulpa unui deget) sau foarte largă (4-5 cm) în ambele sensuri, ea se socotește tot normală. Fontanela mare se închide mai târziu, de obicei între 6 luni și 24 luni. Capătă dimensiuni și mai mari în *hidrocefalie* și în unele *tulburări de osificare*. Dacă fontanela mare este sub tensiune (când sugarul este în repaus) și bombează, se bănuie o creștere a presiunii intracraniene (hidrocefalie, meningită etc.).

Dacă fontanela anterioară se închide timpuriu (3 luni) și dacă dimensiunile craniului sunt normale, nu sunt motive de îngrijorare și nu este indicată suprimarea profilaxiei rahitismului cu vitamina D. Se vor urmări în dinamică, dimensiunile craniului.

Fontanela anterioară deprimată și asociată cu diminuarea turgorului constituie un semn de *sarcină depășită* (supramaturare) sau de *distrofie intrauterină*. La sugar, deprimarea fontanelei asociată cu diminuarea turgorului se întâlnește în situații cu pierderi mari de lichide: *diaree, vărsături, șoc caloric*.

Când nou-născutul țipă, fontanela bombează puțin (fenomen normal).

b) La locul de întâlnire al oaselor parietale cu osul occipital se poate simți *fontanela posterioară, fontanela mică* sau *triunghiulară*. Se închide foarte repede. Este mai mică. Adesea aceste oase au marginile așa de apropiate, că între ele nu lasă nici un spațiu.

• **Fontanelele** neliniștesc adesea pe mamele tinere, când medicul aplică pulpa degetelor sale. De fapt este vorba de o parte neosificată a craniului. Această membrană are soliditatea unei pânze de cort. De asemenea, momentul închiderii fontanelei anterioare este uneori un motiv de neliniște. Adevărul este că momentul închiderii fontanelei este foarte variabil. Craniul crește nu numai în funcție de fontanele, ci și de suturile craniene.

• **Oasele.** După ce medicul notează dimensiunile și starea de tensiune a fontanelelor, apreciază consistența și elasticitatea oaselor craniului. În mod normal, oasele craniului prezintă spre margini (uneori și în zona boltită), o consistență mai elastică. Consistența prea moale sau lipsa de consolidare la nivelul suturilor se întâlnește excepțional de rar.

• **Deformarea craniului** este mai accentuată la nou-născuții cu greutate mare. De obicei, craniul este mai mult sau mai puțin alungit; deformarea într-o zonă anumită este în funcție de "prezentația" craniului la naștere. Aceste deformări dispar într-o perioadă destul de scurtă și nu necesită tratament. În cursul nașterii, considerată ca normală, pot surveni numeroase mici incidente mecanice la nivelul craniului; acestea au ca efect diferite deformări sau leziuni traumatice, care în majoritatea lor sunt banale.

• **Modelarea craniului.** Nou-născutul extras prin cezariană, înaintea oricărui început de travaliu, se naște cu un cap rotund, foarte simetric. Cei care se nasc în prezentație cefalică ("cu capul înainte") au totdeauna la naștere un oarecare grad de modelaj al craniului ("craniu configurat"). Oasele craniului sunt destul de maleabile, iar suturile și fontanelele suficient de suple pentru a permite încălecări importante, simetrice sau nu. Încălecarea cea mai banală este cea a unui parietal pe celălalt, la nivelul suturii sagitale sau a parietalelor pe frontal sau occipital. Aceste încălecări sunt frecvente, durează adesea de la câteva ore la câteva zile, după care craniul își reia rapid forma și suprafața

reală. Când deformările sunt foarte accentuate și se asociază cu o istorie obstetricală încărcată necesită o observație neurologică din partea medicului.

• **Deformația** cea mai obișnuită a craniului în prezentație cefalică este o alungire a bolții craniului ("dolicocefalie") foarte accentuată, cu un craniu "în căpățână de zahăr". Din contră, în cursul prezentației pelviene, creștetul capului ("vertexul") este turtit, iar protuberanța occipitală (ieșitura osoasă a oaselor occipitale) este proeminentă. Se pare că această deformare se datorește mai mult poziției în uter și nu modelajului nașterii. Când capul nou-născutului a fost flectat multă vreme pe un umăr se constată poziția asimetrică a maxilarului (sau chiar a nasului). În mod obișnuit, această deformare este fără importanță și dispare în câteva săptămâni sau luni. Rareori, o presiune puternică și prelungită a capului pe umăr antrenează o paralizie facială.

2.3.7.1. *Bosa serosanguină*

Este o umflătură a pielii capului. Este produsă prin edem (infiltrație cu un lichid seros a pielii capului și a țesutului de sub piele), congestie vasculară (aflux de sânge) și uneori însoțită de echimoze (pată neagră-vânătă la început, apoi galbenă) și de peteșii (mici pete hemoragice). Bosa serosanguină își are sediul la nivelul "prezentației", adică în regiunea care a suferit cea mai mare presiune în cursul nașterii. Dacă umflătura este moderată și făcută din edem simplu dispare în 24-48 de ore. Dacă este ca o contuzie (hemoragică) se resoarbe mai încet, în câteva zile. Când este foarte mare se poate însoți cu hemoragie sub piele importantă, întinzându-se spre gât (în caz de bosă occipitală).

2.3.7.2. *Cefalhematomul*

Datorită compresiunii exercitate în cursul trecerii prin canalul pelvigenital sau/și al manevrelor obstetricale, se poate produce o ruptură a vaselor sanguine subperiostale ale oaselor craniului, ducând la constituirea unui *cefalhematom*. Umflătura este situată, de regulă, la nivelul oaselor parietale, mai rar la occipital. Diagnosticul se face cu oarecare întârziere, deoarece, pe de o parte, revărsatul sanguin subperiostal crește în cursul primelor 24 de ore, iar pe de altă parte, percepția acestei colecții lichidiene poate fi jenată în primele ore de bosa serosanguină, care o însoțește frecvent. Zona fluctuentă este foarte bine limitată, cu o margine bine conturată la periferia sa, care reprezintă zona de dezlipire a periostului. Astfel, prin definiție, cefalhematomul nu poate încăleca o sutură craniană, contrar bosei sanguine. Constatarea unui astfel de cefalhematom ne obligă (medic, asistenta de ocrotire și părinți) să supraveghem dimensiunea și consistența tumefacției mai ales în primele săptămâni de viață. Umflătura este fluctuentă, dar cu o consistență mai puțin fermă decât bosa serosanguină. Uneori se găsesc, concomitent, două și chiar trei cefalhematoame. Rareori, cefalhematomul este însoțit de fisuri osoase. Evoluția este prelungită, de mai multe săptămâni (6-12), până la resorbția completă a colecției de sânge. În general nu necesită tratament, ci se așteaptă să se resoarbă spontan. Tratamentul chirurgical preconizat de unii nu este lipsit de riscuri (infecție etc.).

Amintim aici câteva modificări patologice de formă a capului, cu semnificație serioasă:

• **Microcefalia** *(craniul mic)*. Perimetrul cranian este mai mic decât în mod normal. Este o anomalie gravă.

• **Hidrocefalia** (excesul de lichid din craniu) se caracterizează prin mărirea vizibilă a regiunii frontoparietale, circumferința craniului mult crescută, fontanele mari, suturi larg deschise și accentuarea desenului venos epicranian. Se întâlnește în malformații ale creierului, după infecții intrauterine sau fără o cauză decelabilă. Este o malformație gravă.

2.3.8. ***Fața. Ochii***

Fața este rotundă.

• **Ochii** sunt de culoare cenușie sau căprui și nu se acomodează. Sensibilitatea la lumină este prezentă chiar din primele zile de viață. Nou-născutul poate fixa și urmări un obiect colorat sau o lentilă de ochelari "plimbate" la o distanță de 20-30 cm prin fața ochilor. La lumină vie, pleoapele se închid. Reflexul fotomotor

este prezent: pupilele se retractă la proiectarea unor raze de lumină.

Hemoragiile subconjunctivale neliniștesc pe mamă. Aceste pete de sânge, roșii, vizibile pe albul ochilor sunt frecvente și *fără gravitate*. Ele regresează spontan *fără tratament.*

Conjunctivita (înroșirea mucoasei conjunctive, scurgerea unor secreții purulente, de culoare gălbuie, cu lipirea pleoapelor) este mai des întâlnită. Medicul recomandă ștergerea cu comprese sterile înmuiate în apă fiartă și răcită (nu mușețel care conține impurități) și procurarea de soluții cu antibiotice. În prealabil se recoltează secreția oculară pentru decelarea germenilor microbieni și testarea la antibiotic.

Persistența anormală a unei secreții conjunctivale obligă pe medic să cerceteze dacă nu este vorba de *o imperforare a canalului lacrimal, ceea ce determină o oprire a scurgerii lacrimilor și secundar inflamația conjunctivelor.* În general, cu tratament local susținut în decurs de câteva săptămâni (rar luni) se ajunge la permeabilizarea canalului lacrimal. Rar se impune o mică intervenție chirurgicală (destul de laborioasă) care are ca scop desfundarea canalelor lacrimale. De cele mai multe ori imperforarea canalului lacrimal este la un singur ochi.

Strabismul (se uită "cruciș") este frecvent și nu trebuie să neliniștească pe părinți. Dispare după vârsta de 6-9 luni. Globii oculari nu urmează rotația capului (ochi de păpușă). Pediatrul caută în mod sistematic unele boli ale văzului (microftalmie, glaucom congenital etc.).

Bărbia este înapoi (retrognatism). Tremură la cei mai mici stimuli (plâns, aer rece).

Pe marginea gingiilor se văd câteodată niște ridicături mici perlate *(chisturi epidermoide* sau *perlele Epstein).* Sunt normale.

2.3.9. **Gura**

Dinții. Excepțional de rar se pot descoperi unul sau doi dinți incisivi mediani inferiori. Iulius Cezar, Hannibal, Ludovic al XIV-lea, Mazarin, Napoleon, Richelieu, Richard al III-lea s-ar fi născut cu dinți. Sunt dinți de lapte normali care cad în perioada neonatală sau persistă până la vârsta căderii normale. Este inutil să fie scoși. Împiedică adeseori alimentația la sân.

Paralizia facială survine după o naștere dificilă și traumatică (forceps). Fața este asimetrică. Este sesizabilă când sugarul țipă: pleoapa se închide, gura este "strâmbă", o jumătate de frunte nu se încrețește. În general dispare în câteva săptămâni.

• **Limba mare** sugerează boli moștenite, ca: trisomia 21 (mongolismul), hipotiroidismul.

• **Frâul limbii** este un fel de bandă de țesut situat sub limbă. Variază mult de la un copil la altul. Este greșită părerea că frâul scurt al limbii întârzie apariția limbajului activ. În trecut se practica relativ frecvent secționarea frâului limbii. Chiar dacă se mai indică de vreun medic, secționarea se va face de către un otorinolaringolog, deoarece este un gest chirurgical care poate declanșa o sângerare prin rănirea arterei linguale sau leziuni ale canalelor Wharton. Personal, nu am indicat vreodată secționarea frâului limbii.

• Dacă există, medicul poate descoperi o *fisură* a bolții palatine (fantă care străbate "cerul gurii").

2.3.10. **Urechile**

Se controlează mărimea, implantația, forma, simetria, pliurile, cartilajele pavilioanelor. Se impune depistarea *surdităților,* în caz de antecedente familiale de surditate, de boli ale embrionului și fătului, de anoxie (lipsă de oxigenare a creierului), de icter intens. La un zgomot puternic și brusc nou-născutul închide ochii (reflexul cohleopalpebral). În caz de îndoială, testul se repetă timp de mai multe zile. Diagnosticul de surditate trebuie pus cât mai timpuriu, în jur de 2-4 luni, pentru a se începe o educație specializată.

2.3.11. **Gâtul**

Gâtul pare scurt. La palparea mușchilor sternomastoidieni se poate constata un hematom (o îngroșare de mărimea unei măsline), care se simte în grosimea mușchiului sternocleidomastoidian. Acest hematom este descoperit între a 8-a și a 15-a zi de viață. Se mărește progresiv până la 2 luni și apoi se micșorează și dispare spre 7 luni. Medicul va instrui pe mamă

asupra manevrelor ce se fac de mai multe ori pe zi pentru a evita formarea *torticolisului* (capul este înclinat pe o parte, iar bărbia este întoarsă spre partea opusă). De cele mai multe ori, anomalia regresează spontan, fără vreo manevră.

• **Palparea claviculei** permite să se depisteze o eventuală fractură survenită în cursul unei naşteri acrobatice. Este relativ frecventă. Se vindecă fără a necesita vreun tratament.

• Rareori apare surpriza de a se palpa o **guşă,** mai ales dacă mama a absorbit iod.

• Se caută **fistule** sau **chisturi** congenitale ale gâtului, laterale sau mediane.

2.3.12. *Toracele*

Clasic, toracele se examinează după ce s-a terminat cu capul şi gâtul. În practică se începe cu frecvenţa respiratorie (în jur de 30-40 pe minut) şi numărarea bătăilor inimii (120-140 pe minut). Inima se ascultă cu atenţie pentru a depista un eventual suflu, care evocă o boală moştenită a inimii.

Aşa cum s-a arătat la pag. 31, fig. 1. 8, foarte des se constată o umflare a mameloanelor la ambele sexe. Nu se storc. Dispare spontan în câteva săptămâni.

Câteodată se pot observa *mameloane supranumerare.* Nu necesită vreun tratament.

Radiografia toracelui poate pune în evidenţă un *timus mare.*

Circumferinţa toracelui se măsoară la nivelul mameloanelor.

2.3.13. *Abdomenul*

Abdomenul este suplu. Circumferinţa, măsurată la nivelul ombilicului, este mai mică sau egală cu a toracelui. *Ficatul* se palpează la marginea coastelor, de multe ori însă le depăşeşte cu 1-2 cm. Câteodată se simte polul inferior al splinei.

• **Ombilicul.** Restul cordonului ombilical cade spre ziua a 7-a - a 10-a (vezi capitolul 1). În continuare cicatricea se retractă şi se invaginează. Pielea rămâne deseori închisă la culoare timp de câteva zile. Câteodată, după căderea cordonului rămâne un mugure care se arde cu un creion de nitrat de argint. Locul de joncţiune a cordonului ombilical cu abdomenul trebuie examinat cu atenţie de către medic şi asistenta de ocrotire pentru a verifica dacă o porţiune a intestinului nu apare la baza cordonului *(omfalocel).*

Hernia ombilicală este destul de frecventă. În general dispare în câteva luni, rar persistă până la 4-5 ani. *Diverse metode de corectare (monedă metalică fixată cu o bandă de leucoplast etc.) sunt inutile.* Acest gen de hernie nu se strangulează niciodată. Vindecarea spontană se face odată cu dezvoltarea musculaturii abdominale. Dacă părinţii solicită intervenţia chirurgicală (din grabă, din teamă sau din motive estetice), aceasta se poate practica.

2.3.14. *Organele genitale*

• Organele genitale externe la băieţi. Dimensiunile penisului şi ale pielii scrotale variază mult. Preputul aderă la gland. Un *hidrocel* este responsabil de o pungă voluminoasă. Hidrocelul regresează fără tratament în marea majoritate a cazurilor. Puncţia este interzisă.

Ectopia testiculară sau criptorhidia. Termenul desemnează faptul că unul sau ambele testicule au sediul permanent în afara pungii scrotale. Coborârea testiculului nu se poate realiza decât pentru un moment sau deloc. Circa 1% dintre băieţi sunt purtători ai acestei anomalii, din care în 70-80% din cazuri este unilaterală. Dacă nu este reductibilă va trebui operată spre 3-4 ani, deoarece la vârsta adolescenţei sau la cea adultă se poate canceriza.

• **Herniile inghinale.** Sub acest termen se înţelege ieşirea unui organ intraabdominal (intestin etc.) sub piele printre fasciculele musculare, care constituie muşchii abdominali. La copil, acest interstiţiu este, în general congenital. La nou-născut, herniile inghinale cu dimensiuni mici sunt greu de diagnosticat. Tratamentul este chirurgical şi se efectuează în jurul vârstei de un an.

• Se va controla poziţia orificiului prin care se scurge urina, starea preputului (pielea care acoperă glandul).

La băieți necircumcişi, prepuțul penisului este în majoritatea cazurilor fixat pe gland şi nu se lasă tras înapoi. La noi în țară mulți medici recomandă decalotarea precoce şi dacă nu se reuşeşte apelează la chirurg pentru circumcizie. În Franța se evită decalotarea prepuțului până la 4 luni. După aceea se încearcă să se retragă prepuțul înapoi cu scopul de a spăla prepuțul cu apă. În Anglia nu se face nimic în primii 2-3 ani de viață. În Statele Unite şi Germania, se insistă asupra necesității circumciziei. La evrei şi arabi, circumcizia este obligatorie (face parte din practicile religioase).

La naştere, fimoza este fiziologică. Dacă jetul urinar se proiectează la distanță şi este continuu nu este necesară vreo tentativă de eliberare a prepuțului. Numai atunci când există suspiciunea de infecție urinară sau micțiunile sunt însoțite de durere, agitație sau jet urinar discontinuu, se impune consult chirurgical şi eventual circumcizie.

De subliniat că circumcizia trebuie făcută de un chirurg de copii, cu experiență, în condiții civilizate, deoarece am asistat la infecții şi sângerări după intervenția chirurgicală. Unii sugari circumcişi de persoane incompetente rămân cu o oarecare invaliditate (prepuțiu zdrențuit, cicatrice vicioase).

După al treilea an de viață, după ce s-a ajuns treptat la decalotare totală, penisul va fi spălat de 1-2 ori pe săptămână, cu prepuțul retras. Pielea de sub penis şi scrot necesită o curățire atentă. După aceea, zona respectivă va fi bine uscată şi eventual cremuită, deoarece în aceste zone se produc uşor răni.

Decalotarea prea timpurie poate declanşa sângerarea mucoasei, urletele sugarului, plânsetele mamei şi, uneori, infecții. Nu suntem de acord cu tentative viguroase de decapsulare având în vedere datele anatomice şi observația că decalotarea se face uşor, fără efort şi fără dureri, între 1 şi 4 ani, fără risc de infecție cu condiția unei igiene corecte. Din contră, acest gest este însoțit de riscul de parafimoză, dacă părinții nu mai reuşesc să acopere glandul.

Organele genitale la fetițe. Buzele (labiile) mici sunt voluminoase şi clitorisul ieşit în afară. Labiile mari sunt puțin dezvoltate şi nu acoperă vulva. Datorită transmiterii hormonilor materni apare criza genitală care constă într-o secreție vaginală alburie sau sângerândă asociată cu umflarea mameloanelor din care rareori se scurge un lichid lăptos ("lapte de vrăjitoare").

2.3.15. **Membrele**

În continuare, medicul examinează membrele. *De subliniat atât mâinile cât şi picioarele sunt reci.* Mamele nu au motive să se neliniştească, fiind vorba de un fenomen normal. Mâinile sunt durdulii, grăsuțe şi cu pumnii închişi. Degetele par scurte, cu unghii moi, lucioase, lungi, depăşind vârfurile degetelor. Cu aceste unghii, dacă nu sunt tăiate, nou-născutul se poate zgâria.

La membrele inferioare, destul de des, se poate constata că picioarele sunt "întoarse înăuntru" *(metatarsus varus).* Această poziție este *reductibilă.* Se datoreşte unei hipotonii (tonus scăzut) ligamentare care favorizează menținerea piciorului în poziția fetală. Prin mişcare, picioarele ajung pe axul gambei. Mama va fricționa uşor marginea externă a picioarelor cu o perie cu peri uzați pentru a stimula muşchii laterali şi a redresa activ poziția picioarelor. În lipsa periei în acelaşi scop se masează marginea externă a picioarelor şi gambelor însoțite de mişcări de flexie şi rotație a gleznelor. Aceste manevre pot fi făcute de mai multe ori pe zi, evitându-se mai târziu folosirea încălțămintei ortopedice. Câteodată este nevoie să se plaseze o bandă de leucoplast pe piele cu scopul de a menține picioarele timp de câteva ore în poziție corectă.

Perna grăsoasă a picioarelor dă impresia falsă că picioarele sunt plate.

"Picioarele plate" constituie un lucru normal la sugar.

Pentru prevenirea piciorului plat şi stimularea mişcărilor picioarelor şi gleznelor este bine ca mama să "gâdile" (nu masaj apăsat) tălpile sugarului.

2.3.15.1. *Luxația congenitală de şold*

Anomalia cea mai de temut este *o luxație congenitală de şold,* care poate fi unilaterală (de o singură parte) sau bilaterală.

Şoldul este "luxabil" datorită întârzierii dezvoltării capului femural, laxității articulare şi oblicității bolții cotiloidului. Anomalia este mai frecventă la fetițe. Este important să fie descoperită cât mai precoce. Cu toate că sunt câteva semne clinice prețioase (manevra

Ortolani), această deformare poate scăpa chiar unor medici experimentați. Semnele clinice pot lipsi la naștere, apărând oricând în primele 6 luni de viață. *Uneori, numai urmărirea în timp și radiografia șoldului precizează diagnosticul.* Dacă mama observă diferențe în modul cum sugarul își mișcă membrele inferioare în articulația șoldului, asimetrii ale cutelor (pliurilor) coapsei, asimetrii de poziție și de flexie ale coapselor, dificultăți când încearcă să roteze sau să îndepărteze membrul inferior, va consulta medicul pediatru și un ortoped de copii. La 4 luni semnele clinice sunt mai bine conturate. O acțiune de prevenire și de corectare a defectelor ușoare ("displazii fruste") se obține prin utilizarea corectă și permanentă a scutecelor de tip "Pampers" sau, în lipsa acestora, prin înfășare cu un scutec lat între picioare, astfel încât coapsele să fie în abducție (depărtate).

Descoperirea unui șold luxabil impune un tratament imediat. Acesta constă în îndepărtarea (abducție forțată) a coapselor la 90°, tot timpul ("24 de ore din 24 de ore"), timp de mai multe luni, dacă este posibil prin mijloace ușoare și bine suportate:

– o pernă specială fixată de un chilot prevăzut cu bretele (fig. 2.17);

Fig. 2.17 - Sistem special de imobilizat în displazia de șold ușoară.

– o atelă cu inele care cuprinde strâns coapsele și le reunește printr-o tijă de lungime variabilă;

– diverse alte dispozitive sau "aparate" care asigură pozițiile corespunzătoare;

– în cazurile mai grave sau în care părinții nu respectă tehnicile mai sus-amintite, se aplică aparate gipsate ce se schimbă periodic în poziții care să corecteze deformarea în mod definitiv. Normalizarea deformărilor înnăscute ale șoldului este cu atât mai rapidă, cu cât depistarea și tratamentul survin mai precoce. Această aparatură trebuie păstrată cel puțin 3-6 luni, mai întâi ziua cât și noaptea, apoi numai noaptea. Trebuie să se facă o radiografie - atât înainte cât și după începutul mersului - pentru a verifica poziția bună a capului femural în scobitura articulară. Când diagnosticul este făcut mai târziu (6-10 luni), luxația necesită un tratament lung și complex: 6-10 săptămâni de imobilizare completă, șoldul fiind în extensie continuă, apoi 4-6 luni de imobilizare în aparat gipsat și, uneori, o corecție chirurgicală. Mai târziu, tratamentul devine mult mai delicat, iar rezultatele rămân nesigure.

Am insistat asupra acestei anomalii, deoarece am întâlnit părinți care sunt nedumeriți și greu de convins că diagnosticul luxației congenitale de șold implică dificultăți de diagnostic clinic, radiografii repetate și mai ales colaborarea lor pentru a pune în practică un tratament așa de lung și de chinuitor pentru copil.

• **Malformațiile** *degetelor de la mâini sau de la picioare* capătă din ce în ce mai mult interes din punct de vedere genetic: *polidactilie* (mai multe degete), *sindactilie* (lipirea degetelor), *anomalii ale dermatoglifelor* (amprente palmare) intră uneori în descrierea multor aberații cromosomice. Radiografiile pot preciza diferite anomalii ale falangelor sau oaselor mici de la mână sau picior. Micile anomalii (degete inegale ca lungime, grosime, mobilitate) nu au semnificații deosebite genetic și nu necesită vreun tratament.

Paralizia plexului brahial este legată de o alungire a acestui plex nervos, survenită în cursul unei nașteri dificile. Diagnosticul este evident chiar de la naștere: mișcările brațelor sunt asimetrice; în timp ce brațul sănătos se mișcă, cel bolnav rămâne imobil, de-a lungul corpului, întins și rotat spre interior; mâna este în pronație, iar degetul mare este acoperit de celelalte. Se vor începe, cât mai curând, exerciții de recuperare.

Piciorul strâmb varus equin este o malformație gravă care constă, pe lângă strâmbarea piciorului, în rotirea spre spate, cu tonus crescut al tuturor mușchilor și cu retracția tendonului lui Ahile. Copilul se sprijină pe degete și pe marginea externă a piciorului.

Această deformare se datorește, în 90% din cazuri, unei poziții proaste a fătului în uter. Piciorul a fost prins între fesele fătului și peretele uterin într-o poziție anormală de extensie și s-a dezvoltat prost. Câteodată trebuie presupusă și o origine genetică.

Tratamentul trebuie să fie precoce: el este complex și prelungit cu exerciții de recuperare, ortopedic și adesea chirurgical.

2.3.16. **Boli metabolice**

Detectarea bolilor metabolice ține aproape în exclusivitate de resortul medicului, care la examenele clinice încearcă să depisteze orice manifestare anormală (discretă sau care apare cu timpul). Amintim despre această problemă și într-o carte adresată părinților din două motive:

a) din cauza numărului mare al acestor boli, care de câțiva ani capătă un loc tot mai important în bolile nou-născutului;

b) există posibilitatea (pentru unele dintre ele) de a se preveni urmările nefaste printr-un regim dietetic corespunzător, instituit cât mai curând posibil (chiar din primele zile de viață) și care trebuie urmat ani și ani de zile.

Dăm ca exemple: a) *fenilcetonuria* care este o boală metabolică decelabilă, grație efectuării testului Guthrie tuturor nou-născuților la vârsta de 4-5 zile. Copiii se nasc normali, dar ulterior urmează o deteriorare progresivă, dominată de întârziere mintală gravă. Tratamentul constă în instituirea unei alimentații sărace în fenilalanină; b) *mixedemul congenital*, depistat prin teste de laborator specifice, după ce diagnosticul este sugerat clinic (limbă mare, icter prelungit etc.).

Părinții sunt datori să relateze medicului toate antecedentele deosebite din familie (decese neexplicate de nou-născuți, avorturi spontane, rude cu boli moștenite etc.). După naștere mama va relata medicului orice manifestare anormală ce apare la nou-născut, de la cele nervoase (cele mai grave și mai frecvente) până la cele digestive (în general mai ușor de corectat, cu colaborarea unor părinți conștienți și perseverenți).

Sistemul nervos. Diferite manifestări ale nou-născutului

Examenul neurologic se face cu răbdare, fără grabă, cu blândețe. Acest examen permite să se aprecieze eventuale tulburări. Testele se realizează corect dacă sugarul este treaz. Dacă plânge sau este somnolent, constatările nu au nici o valoare.

Urmărirea dezvoltării nervoase și psihice constituie partea cea mai importantă și mai spectaculoasă a urmăririi medicale a ființei umane din momentul nașterii și până la adolescență.

Descoperirea timpurie a anumitor anomalii ca și dezvoltarea psihomotorie sunt făcute și de către părinți, care, îngrijind și supraveghind în permanență copilul, surprind toate manifestările acestuia.

Copilul este bine dezvoltat mintal? Această întrebare vine în mintea oricăror părinți din momentul nașterii și persistă luni și ani de-a rândul. Starea de sănătate și de perfecțiune a înfățișării fizice aduce liniștea părinților: o minte deosebită la un copil umple de mândrie întreaga familie și constituie premisa că urmașul lor va cuceri un loc râvnit în societate.

2.3.17. **Evaluarea stării de sănătate**

1) *Vârsta gestațională* va fi calculată în săptămâni, începând din prima zi a ultimei menstruații, care uneori este greu să fie stabilită cu certitudine. După vârsta gestației, pediatrul va orienta depistarea și tratamentul dificultăților proprii fiecărui grup de nou-născuți: *la termen, înainte de termen (prematur), după termen (postmatur), hipotrofic (prea mic), hipertrofic (prea mare).*

2) *Depistarea anomaliilor cerebrale* va fi făcută cu atenție la toți nou-născuții, indiferent de greutate, cu un scor Apgar normal sau scăzut (vezi pag. 29). Este evident și demonstrat că stările de suferință cerebrală gravă continuă de cele mai multe ori o suferință fetală acută. Trebuie știut, de asemenea, că unii nou-născuți care au suferit la naștere în cursul dilatației și expulsiei (se nasc vineți, nu țipă imediat după naștere etc.) pot să nu prezinte nici un fel de suferință nervoasă la examenele efectuate în perioada de nou-născut. La acești copii, de obicei, și în continuare evoluția va fi favorabilă; ei vor fi urmăriți, totuși, cu o vigilență crescută, în decursul primelor luni de viață de către medic, asistenta de ocrotire și părinți.

Primul examen clinic se va face imediat după naștere și comportă îndeosebi o apreciere neurologică. *Este de subliniat că medicamentele primite de mamă în timpul nașterii pot modifica mult răspunsurile la stimuli ale nou-născutului în primele ore.* Examenul va fi repetat în zilelele următoare, mai ales atunci când s-au constatat unele tulburări. Examenele succesive vor permite să se distingă dacă semnele de suferință sunt fixe sau, din contră, se schimbă. În caz de suferință veche, simptomele variază puțin în cursul primelor 10 zile. Din contră, în caz de suferință acută (legată de naștere), se observă adesea o agravare și apoi o recuperare dinamică evolutivă. Durata totală a

anomaliilor neonatale au deci o valoare de diagnostic şi prognostic. Tulburările legate de administrarea unor medicamente mamei în timpul naşterii dispar de obicei repede. *Verdictul definitiv îl dă medicul pediatru, în consult cu neuropsihiatrul şi eventual cu psihologul, în jurul vârstei de 10-12 luni.*

Studiul dezvoltării nervoase la nou-născut nu poate fi desprins de ceilalţi parametri de fixare a stării de sănătate. Se iau în seamă:

3) *Date privind trecutul copilului: a) anomalii de gestaţie; b) anomalii ale travaliului; c) starea nou-născutului la naştere; d) termenul la care trebuia să se nască* (exprimat în săptămâni); e) *vârsta copilului în momentul în care este examinat sau când mama observă ceva.*

4) *Interpretarea unor manifestări fizice şi/sau psihice.*

Icterul. Majoritatea nou-născuţilor la termen prezintă icter între a 3-a şi a 10-zi de viaţă (icter fiziologic). Un icter apărut precoce, intens şi prelungit, poate lăsa complicaţii neurologice grave *(icter nuclear)* (vezi capitolul anterior).

Cianoza (învineţirea) poate trăda o suferinţă *cardiacă* (boli congenitale ale inimii), *respiratorie* (infecţie, malformaţii), *cerebrală* sau *metabolică* (scăderea calciului sau glucozei). În mod normal nu trebuie să apară la un nou-născut la termen. La unii nou-născuţi apare după efort (supt, ţipăt) o discretă învineţire în jurul gurii. Când este accentuată, localizată la faţă, buze, la nivelul extremităţilor, sau generalizată şi permanentă, cianoza este determinată de obicei de o boală gravă. Cianoza care apare în crize şi în repaus poate fi expresia unei suferinţe nervoase.

În mediul rural, la nou-născuţii alimentaţi artificial cu lapte praf, când la prepararea laptelui şi ceaiului se foloseşte "apa de fântână", apare intoxicaţia prin nitriţi, manifestată clinic prin albăstrirea pielii.

Suptul şi înghiţitul trebuie să fie prezente imediat după naştere şi să se desfăşoare normal. La un nou-născut la termen reflexele de supt şi de înghiţit pot prezenta unele tulburări. Dacă sunt trecătoare, aceste tulburări nu au nici o importanţă. Ele trebuie semnalate medicului, singurul în măsură să le interpreteze corect şi să ia, eventual, anumite măsuri.

Somnul. În primele zile, nou-născutul pare că doarme tot timpul. El nu are încă ritmul somn-veghe bine precizat. Naşterea dificilă poate avea o influenţă nefastă asupra somnului. Către a 7-a - a 10-a zi, somnul nou-născutului devine mai puţin adânc şi apar perioade de veghe. Perioadele de somn durează 2-2½-3 ore, mult mai rar 3½-4 ore (de obicei între primul şi al doilea supt în cursul zilei şi în a doua parte a nopţii). Mama va nota perioadele de veghe, pentru a prevedea, în funcţie de acest ritm, la ce oră trebuie să fie pregătită pentru alăptare.

Cu fiecare săptămână de viaţă, "orele" de somn din timpul zilei devin mai bine delimitate, cu toate că somnul este mai uşor. Ele sunt întrerupte de faze de veghe mai lungi, care se alungesc puţin câte puţin. Respectând aceste perioade, dând totdeauna mesele în fazele de veghe, mama contribuie la organizarea somnului sugarului. *Este de o importanţă esenţială respectarea ritmului propriu al fiecărui sugar. Orarul meselor, baia, celelalte îngrijiri nu se fixează în mod arbitrar de către mamă sau medic, ci după nevoile ce convin structuri biologice şi temperamentului sugarului.*

Tulburările de somn. În proporţie de 95% nou-născuţii la termen (socotiţi normali) nu au tulburări de somn, circa 5% dintre ei prezintă totuşi o stare de somnolenţă mai accentuată, dar nu profundă. În timpul cât prezintă icter fiziologic toţi nou-născuţii sunt mai somnolenţi. Cei care dorm mult, ore întregi, sărind peste una din mese, nu trebuie să facă mari griji mamei. Dimpotrivă, dificultatea de a adormi şi somnul foarte agitat din primele zile pot constitui motive de îngrijorare.

Ritmul somn-veghe ţine şi de starea psihică a mamei. Dacă mama este calmă şi odihnită, nou-născutul are şansa de a fi liniştit; dacă mama este în tensiune şi anxioasă, nou-născutul va fi nervos şi agitat. Naşterea grea sau uşoară poate avea, de asemenea, o influenţă pasageră asupra stării nou-născutului.

Consumul de cafea şi/sau ceai "rusesc" de către mamă, rigiditatea orarului meselor, subalimentaţia, excesul de impresii (vizite, viaţa complicată de familie, suprasolicitarea fizică şi/sau psihică, dizarmonii în relaţiile de familie, sănătatea psihică a mamei care alăptează) determină tulburări de somn la nou-născut. Agitaţia din familie are influenţe nefaste asupra somnului şi comportamentului nou-născutului.

Tulburările de somn, singure, neasociate cu alte manifestări nervoase, nu prezintă o semnificaţie patologică.

Plânsul. Este un semn important prin care sugarul îşi manifestă foamea, setea, lipsa de confort (frig, cald,

prea strâns înfăşat, cute sau noduri de la scutece, emisiune de urină sau scaun, zgomote în cameră, aer viciat, stare de agitaţie sau de nervozitate în familie, poziţie incomodă în pat etc.), o suferinţă sau o îmbolnăvire ("colici abdominale", durere din cauza opărelii, respiraţie nazală dificilă datorită unui guturai etc.).

Obiceiul de a lua în braţe sau de a alimenta un sugar care plânge nu trebuie cultivat. Un sugar "are voie" să plângă circa 2 ore pe zi.

Plânsul este mijlocul prin care sugarul semnalează mamei o necesitate sau o suferinţă. Mama este datoare să observe, să urmărească orarul şi durata plânsului, să-l asocieze cu alte manifestări, să găsească soluţii pentru a-l linişti. Ori de câte ori sugarul plânge trebuie căutat de la început dacă este înfometat, ud, dacă-i este frig sau dacă îl chinuie o cută de la scutece. După ce s-a îndepărtat motivul suferinţei va fi liniştit încă puţin şi va fi culcat din nou în patul lui. Unii plâng pentru că vor mai multă atenţie şi vor să fie mai mult în braţe. Cei care tac după luarea în braţe nu sunt flămânzi. Dacă va fi purtat în continuare în braţe, el va deveni răsfăţat şi va învăţa, curând, să folosească plânsul pentru a obţine să fie ţinut în braţe şi legănat. *Cei care plâng şi după luarea în braţe şi după încercarea de a-i alimenta au alte motive mai serioase de a plânge.*

Credinţa că plânsul fortifică plămânii este falsă. Ea îşi are probabil originea în faptul că primele respiraţii profunde, care însoţesc ţipătul imediat după naştere, duc la distensia plămânului cu aer. După aceea, însă, plânsul nu mai contribuie la dezvoltarea plămânilor.

Ţipătul. Nou-născutul sănătos are un ţipăt viguros, de tonalitate mijlocie, bine suportat, pentru că nu antrenează nici tulburarea ritmului respirator şi nici fenomene vasomotorii (cianoză, paloare etc.). Medicul urmăreşte vigoarea şi calitatea ţipătului, care furnizează date despre: puterea generală a nou-născutului, corzile vocale şi căile respiratorii superioare. Când este provocat (de o înţepătură, când este îngrijit de o persoană neîndemânatică sau nervoasă, când este înfometat), nou-născutul ţipă şi îşi mişcă mâinile şi picioarele; astfel, medicul îşi poate da seama de integritatea mişcărilor. Ţipătul determină o contracţie a muşchilor feţei, evidenţiind eventualele asimetrii, paralizii, defecte înnăscute. Când ţipă tare şi prelungit, culoarea nou-născutului virează de la roz-deschis spre roşu (culoarea sfeclei roşii). De obicei se calmează prin satisfacerea unor nevoi (supt, luat în braţe) sau înlăturarea unor disconforturi (prea strâns sau prea gros înfăşat; poziţie incomodă; este neschimbat etc.). Unii nou-născuţi normali au un ţipăt ascuţit (nu strident, nici grav) la care este greu să găseşti cauza. După partida de plâns respectivă, nou-născutul adoarme sau are o vioiciune normală, nu prezintă febră, diaree sau alte tulburări.

Ţipătul de suferinţă cerebrală este ritmat, durabil, asociat cu absenţa vioiciunii, strident sau slab (de abia auzit) şi nu poate fi potolit prin declanşarea reflexului de supt sau prin luarea în braţe a nou-născutului sau sugarului.

Geamătul nu se întâlneşte la nou-născutul sănătos. Când apare, chiar de scurtă durată şi intermitent, dovedeşte o suferinţă de origine nervoasă centrală sau periferică (boli de inimă, plămâni etc.).

Iritabilitatea generală a nou-născutului se manifestă prin tremurături izolate (ce însoţesc o mişcare spontană, dar pot surveni şi în repaus); dacă tremurăturile se transformă ulterior în valuri de contracturi musculare din ce în ce mai ritmate, succesive, în timp ce vioiciunea se stinge, ne putem aştepta la *o criză de convulsii.* Din contră, un nou-născut la termen, cu o naştere mai dificilă sau un hipotrofic (nou-născut cu greutate mai mică) poate prezenta trepidaţii ale membrelor inferioare, dar îşi păstrează vioiciunea şi o bună reactivitate, fără alte tulburări neurologice. Se supraveghează câteva zile, fenomenul fiind foarte probabil datorat unei tulburări metabolice trecătoare (hipocalcemie sau hipoglicemie). Se recomandă mese mai dese, soluţie de glucoză, calciu.

Sindromul iritativ al nou-născutului are o semnificaţie patologică minoră, fără urmări, dacă îndeplineşte două condiţii: este izolat şi nu progresează în intensitate, durată, în modul cum se manifestă.

Tresăririle izolate provocate sau spontane nu au nici o semnificaţie patologică.

Tremurăturile bărbiei se întâlnesc relativ frecvent la nou-născuţi şi la sugari în primele 2-3 luni, ceea ce alarmează pe multe mame. De multe ori apar când sugarul este dezbrăcat sau în timpul băii. Ca manifestări izolate, chiar dacă se repetă, reprezintă un fenomen normal.

Căscatul. Între reacţiile suspecte, căscatul trebuie urmărit aparte. El poate fi numai de origine digestivă,

dar, prin frecvența sa anormală, poate fi un semn evocator de suferință cerebrală. În afară de orice îmbolnăvire, la marii prematuri, căscatul este prelungit și frecvent; el dispare odată cu desăvârșirea maturației, spre vârsta de 36-37 săptămâni fetale. La acest grup de copii, căscatul poate fi declanșat la cea mai mică excitație în jurul gurii.

La nou-născuții la termen, normali, căscatul se întâlnește rar, cel mult de 1-3 ori în decurs de 10-15 minute (aer viciat etc.).

Strănutul. Când un nou-născut sau un sugar în primele două luni este mai desfășat și vine în contact cu aerul proaspăt, strănută și/sau urinează. Strănutul nu are nici o semnificație patologică în astfel de situații și deci mamele nu trebuie să se alarmeze considerând că sugarul "a răcit".

Sughițul. Mulți copii sughiță în primele săptămâni de viață. Aceasta nu trebuie să constituie un motiv de îngrijorare. Pentru combaterea sughițului, sugarul va fi luat în brațe și ținut cu abdomenul lui lipit de corpul mamei ("piele la piele"). Compresiunea și căldura locală fac să se schimbe poziția bulei de aer care declanșează excitația nervului frenic, răspunzător de reflexul de sughiț. Eventual sugarul va fi frecat sau bătut ușor pe spate. În cazuri mai rebele se poate administra puțin ceai călduț, de exemplu ceai de anason, îndulcit cu o linguriță de zahăr și cu câteva picături de suc de lămâie. Dacă s-a udat va fi schimbat în scutece uscate și va fi culcat. Se verifică orificiile de la tetină și se corectează tehnica alimentației.

2.3.18. *Dezvoltarea psihomotorie*

Părinții sunt datori să-și cunoască sugarul! La venirea pe lume, nou-născutul este o ființă cu totul dependentă. Capacitățile corpului și minții sale se dezvoltă lent și după o ordine bine stabilită. Această dezvoltare este determinată de patrimoniul moștenit de copil și de influențele care se exercită asupra lui din afară. *Trăsăturile moștenite sunt cele mai importante. Ele determină dezvoltarea sugarului chiar de la început.* Anterior am descris cum arată și cum evoluează corpul, pielea și unele organe ale nou-născutului. În continuare, în paginile care urmează, vom arăta cum se urmăresc funcțiile sistemului nervos.

Sufletul nou-născutului este greu de înțeles. Când este vorba de dezvoltarea neuromotorie a nou-născutului, unii susțin că este vorba de o ființă care nu are decât reflexe. *Nu este posibil să se afirme dacă un nou-născut este sau va deveni inteligent.* Toate mișcările sunt automate și par necoordonate; cel puțin în primele zile de viață sunt mișcări reflexe, adică mișcări care au ca scop conservarea vieții (de exemplu, mișcările de supt). Ele sunt fapte în care conștiența nu ia parte deloc. Imediat după naștere, nou-născutul nu manifestă vreun interes pentru ceva. În primele zile principala sa ocupație este să doarmă și să sugă. După câteva zile, el întoarce deja capul spre lumină, pe care la început o evită, reacționează la vocea mamei. Urmărind nou-născutul, mama va nota în cursul primelor săptămâni, multe mici semne care dovedesc că are loc o "trezire": își mișcă ușor din când în când brațele și gambele, se întinde puțin, încrețește fruntea, emite mici zgomote sau bombăneli, deschide gura, schițează suptul. Încetul cu încetul el devine mai îndemânatic în a apuca sânul sau tetina. Să nu se uite că tonusul mușchilor gâtului este încă slab; capul trebuie susținut bine, iar în timpul suptului trebuie sprijinit pe cotul mamei.

Poziția corpului și a membrelor

a) *Culcat pe spate ("decubit dorsal"), nou-născutul la termen are o poziție tipică cu cele patru membre îndoite ("flectate") și simetrice.*

Capul este de obicei întors într-o parte, rezemat de planul patului cu obrazul drept. Corpul urmează întoarcerii capului ("în bloc").

Brațele sunt așezate lângă corp, în stare de flexie (puțin îndoite din articulația cotului).

Degetele mâinilor sunt parțial strânse, în poziție de pronație (cu palma în jos, ușor deschisă), degetul mare fiind adus spre palmă.

Membrele inferioare sunt flectate ("strânse") și rotate extern din articulația șoldului. Ele sunt îndoite: coapsele pe abdomen, gambele pe coapse (prin flexia genunchilor), picioarele în flexie dorsală, degetele în flexie plantară ("evadruplă flexie"). Atitudinea de flexie a membrelor, asemănătoare parțial cu poziția din uter, se datorește tonusului crescut al mușchilor flexori ai membrelor (fig. 2.18).

Unele mame sunt impresionate de rezistența pe care o întâmpină când încearcă să întindă (să deflecteze) antebrațul sau gamba; oricare din aceste segmente, coborât și întins de mamă revine prompt la prima poziție (flectată). Frecvent se observă o reacție "în

Fig. 2.18 - Culcat pe spate: capul este întors pe o parte; membrele sunt flectate, brațele sunt așezate lângă corp, degetele sunt parțial strânse.

masă", nediferențiată, ca o "tresărire" bruscă și generală, ce duce la întinderea trunchiului și membrelor; este o modificare a modelului în flexie prin cedarea temporară a tonicității fiziologice crescute, la un stimul oarecare, așa cum se întâmplă prin reacția Moro (fig. 2.19).

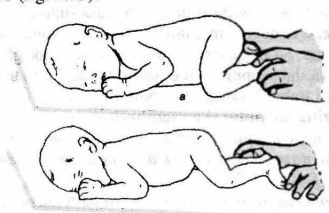


Fig. 2.19 - Poziția în decubit ventral (culcat pe burtă): domină flexia membrelor; nou-născutul poate schița mișcări de târâre; capul este sprijinit pe o parte.

b) *Culcat pe burtă ("decubit ventral").* Și în această situație domină poziția în flexie. Șoldurile sunt ridicate lăsând între planul patului și unghiul format de torace și coapse un spațiu înalt de 3-4 cm. Genunchii sunt situați sub trunchi sau lângă acesta. Din a 2-a - a 3-a săptămână, nou-născutul reușește să-și așeze capul pe o parte și îl poate ridica pentru scurt timp pentru a-l culca pe cealaltă. Din când în când încearcă să facă mișcări de târâre și sprijinul se face cu ajutorul degetelor mari de la picioare; aceste mișcări se produc sau sunt mai active când sunt atinse tălpile picioarelor nou-născutului. Genunchii sunt îndoiți pe coapse, picioarele pe gambe ("în flexie dorsală").

c) *Tracțiunea din poziția culcat pe spate.* Apucând nou-născutul de mâini și trăgându-l ușor în sus și

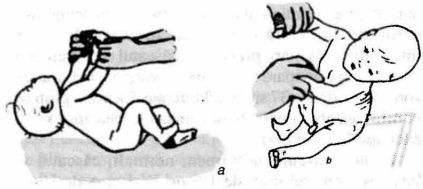


Fig. 2.20 - Dacă nou-născutul este tras de brațe în sus, din poziția culcat pe spate, capul cade înapoi sau lateral (mușchii sunt hipotoni).

înainte, brațele se mențin în flexie (îndoite), iar capul atârnă pe spate (fig. 2. 20).

d) *Simetria.* Poziția și mișcările nou-născutului sunt aproape simetrice. La unii se observă o slabă mișcare a capului spre "partea preferată". Simetria atitudinii între membrul drept și cel stâng este aproape permanentă, fie că este vorba de cele superioare, cât mai ales de cele inferioare.

În caz că se observă o asimetrie dintre două membre omoloage (respectiv dreptul cu stângul) aceasta poate avea o semnificație patologică.

Reflexele prezente la naștere. Termenul de reflex provine din cuvântul latin *reflexus* (de la *reflectare* - a răsfrânge, a întoarce). Reflexele (actele reflexe) sunt procese de bază ale activității nervoase, prin intermediul cărora excitațiile senzitive (senzoriale) determină un răspuns efector, motor sau secretor.

Copilul se naște cu anumite reflexe primitive (arhaice), reacții automate la modificările de mediu. Aceste reflexe dispar către vârsta de câteva luni, pe măsură ce locul lor este luat de mișcările voluntare. Unele din aceste reflexe sunt de protecție, fiind necesare supraviețuirii, altele reflectă comportarea care ar putea fi asemuită cu stadiile timpurii din evoluția omului. Dacă o pisică cade de la înălțime, ea aterizează pe cele patru picioare, datorită reflexelor primitive de "redresare". Nou-născutul este dotat cu reflexe ce fac ca majoritatea mișcărilor lui să fie automate.

Există o tendință generală ca aceste reflexe primitive să dispară către vârsta de 3 luni, care este vârsta când sugarul începe să facă mișcări voluntare. El atinge această etapă când începe să dorească și să poată să "facă ceva" singur. În jurul vârstei de 3 luni există o acalmie în activitatea motorie a sugarului deoarece mișcările automate se sting, iar mișcările voluntare de abia încep să apară.

Cercetarea reflexelor se face atât la maternitate cât şi acasă în primele săptămâni de viaţă. Mama aude mereu pe medici "are reflexe normale" sau "Moro este prezent". Ea însăşi observă că dacă izbeşte coşul (patul), nou-născutul tresare; când se trage brusc scutecul de sub nou-născut, când acesta este desfăşat, el întinde brusc braţele şi uneori desface degetele; acestea nu sunt decât schiţe de reflexe normale.

S-au descris zeci de reflexe. Se vor expune numai câteva:

Reacţia Moro (după numele pediatrului german care l-a descris în anul 1917) se produce dacă nou-născutul este treaz. Dacă medicul izbeşte violent masa pe care este culcat nou-născutul, dacă trage brusc de scutecele pe care e culcat sau trage mâna cu care îi susţinea capul, se declanşează reflexul Moro (fig. 2. 21).

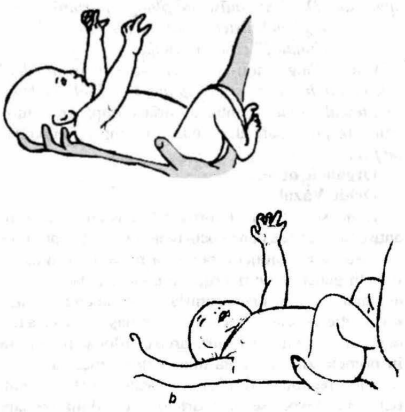


Fig. 2.21 - Reacţia (reflexul) Moro.

Nou-născutul îşi întinde tot corpul, depărtează braţele de torace, le întinde, deschide degetele, uneori ţipă, întinde membrele inferioare! În timpul al II-lea se produce revenirea în poziţia de repaus cu braţele flectate şi cu pumnii strânşi. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă reflexul Moro este prezent, complet, simetric. De altminteri nu se trag concluzii decât după ce se cercetează mai multe reflexe.

Reflexul de agăţare, de apucare a degetelor. Dacă medicul (sau mama) trece degetul prin palma nou-născutului, degetele acestuia se închid brusc şi cu atâta forţă, încât nou-născutul poate fi ridicat uneori deasupra planului patului sau mesei pe care este examinat (fig. 2. 22).

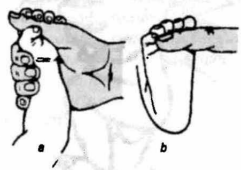


Fig. 2.22 - Reflexul de apucare (agăţare) palmar şi plantar.

Dacă se trece degetul pe sub talpa piciorului nou-născutului, se simte cum degetele picioarelor se flectează.

Reflexul punctelor cardinale se numeşte astfel, deoarece modul său de cercetare constă în mai multe stimulări (atingeri) succesive, aplicate în jurul gurii, în locuri situate conform punctelor cardinale; la colţurile buzelor (drept şi stâng), apoi la părţile din mijloc deasupra şi dedesubtul buzelor. *Răspunsul este cu atât mai rapid cu cât nou-născutul este la interval mai mare faţă de ultima alăptare.* Limba şi buzele se mişcă spre punctul atins, antrenând uneori şi capul în această mişcare. Esenţa răspunsului rezidă în faptul că aceste mişcări ale corpului se fac în acelaşi sens ca şi stimulul, declanşând astfel mişcări de flexie, extensie şi rotaţie ale gâtului. Când reflexul punctelor cardinale este perfect, nou-născutul suge şi înghite corect.

Mersul automat. Nou-născutul este ţinut de trunchi, sub braţe, vertical, astfel încât picioarele să atingă un suport solid. La contactul plantei (talpa) cu suprafaţa mesei de examinare, membrul respectiv se flectează, iar celălalt se întinde. Când acesta din urmă atinge planul mesei, se flectează, iar primul se întinde. Din această succesiune de îndoire şi întindere a membrelor inferioare, cu trunchiul uşor aplecat înainte, rezultă o deplasare care sugerează mersul denumit "mersul automat (fig. 2.23).

Dacă este ţinut în continuare de axile şi dus la marginea unei mese, el are un *reflex de urcare.*

Răspunsul la durerea vie. La nou-născutul mai puţin vioi, cu reactivitate redusă, este indispensabil să se măsoare atingerea eventuală a sensibilităţii, al cărei

Fig. 2.23 - Mersul automat.

prag poate fi foarte ridicat sau foarte coborât. Pentru aceasta se ciupeşte prelungit (1-3 secunde) talpa piciorului. În mod obişnuit nou-născutul răspunde prin retragere aproape imediată a piciorului excitat, urmată de flexiuni ("îndoiri") succesive ale gambei şi ale coapsei (tripla contracţie); apoi apare ţipătul (viguros şi prelungit, proporţional cu intensitatea durerii) şi mişcarea globală cu agitaţie care se instalează imediat, pentru a se stinge progresiv, odată cu ţipătul, în 3-5 secunde. Această mişcare poate fi oprită, ca şi ţipătul, prin mângâieri uşoare şi ritmice ale frunţii sau ale toracelui anterior.

Dacă un stimul dureros viu nu declanşează decât retragerea imediată a piciorului cu triplă contracţie, fără ţipăt şi fără mişcare globală, este vorba de un caz patologic.

Limbajul. Nou-născutul poate emite puţine sunete involuntare, laringiene sau guturale, mai ales noaptea. Ţipă înaintea meselor, dar se linişteşte de îndată ce a fost hrănit.

Ţipătul viguros este un semn de sănătate!

Contactul social. Nou-născutul are un facies (expresie a feţei) aproape imobil (fără mimică), peste care trece intermitent un "zâmbet" fără motiv vizibil. Uneori pare că-şi priveşte mama sau pe examinator. Se sperie uşor la zgomote. Activitatea motorie şi mişcările "în masă" sunt diminuate când atenţia este deviată. Nou-născutul poate fi calmat prin ridicare în braţe, mângâiere, la auzirea unei voci cunoscute, la căldura contactului corporal şi la alăptare. Când este liniştit, închide şi deschide ritmic gura.

Comportamentul emoţional. După 7-10 zile de viaţă, dacă nou-născutul este în stare de veghe şi este liniştit, poate fi examinat în bune condiţii de către medic. Nou-născutul pare atent, cu ochii deschişi; din când în când apare un "zâmbet". Unii dintre ei se întrec parcă pe ei înşişi când se "caută" de către medic reflexele arhaice (vezi mai sus!).

Nervozismul părinţilor, situaţiile conflictuale din familie şi mai ales starea de tensiune a mamei au un rol important în comportamentul nou-născutului şi sugarului. Dacă nou-născutul plânge, părinţii trebuie să-şi înfrângă neliniştea. Toate îngrijirile se fac cu calm, "vorbindu-i" cu voce caldă.

Când plânge, nou-născutul *poate fi liniştit dacă este luat în braţe şi "strâns la piept", "lipit" cu burta de pieptul mamei* (contactul strâns, după unii autori "piele pe piele", are efect sedativ prompt) *şi mângâiat pe frunte.*

Organele de simţ

Ochii. Văzul

Ochii sunt complet formaţi la naştere. Picăturile antiseptice care se pun în ochi (soluţie de nitrat de argint 1% sau cu antibiotice), pentru a preveni eventualele infecţii generate de microbii din canalul pelvigenital al mamei, produc uneori umflarea pleoapelor. Această inflamaţie, asociată cu tendinţa nou-născuţilor de a ţine ochii închişi, face ca examinarea ochilor să fie dificilă în primele zile. De abia după câteva zile, când este ridicat în poziţie verticală, nou-născutul poate deschide ochii. La nevoie se îndepărtează cele două pleoape printr-o mişcare blândă, încercând astfel să se inspecteze globii oculari. În timpul suptului, la majoritatea nou-născuţilor ochii sunt închişi. Sclerele (albul ochilor) pot fi roşii, datorită unei hemoragii subconjunctivale din timpul travaliului; hemoragiile trec după câteva săptămâni, fără să aibă vreo semnificaţie patologică şi fără să lase urme. Dacă din ochi se scurge puroi, pleoapele sunt lipite şi tumefiate, iar conjunctivele sunt inflamate, înseamnă că s-a adăugat o infecţie (conjunctivită), care trebuie tratată cu grijă. Inflamaţia unilaterală este determinată de

obicei de o imperforație a canalelor lacrimale și necesită adesea consultul medicului oftalmolog.

Văzul. Ochii reprezintă cel mai important instrument senzorial al sugarului. Cu ochii el cuprinde de la început lumea înconjurătoare, înainte de a o "apuca și pipăi" cu mâinile sale. El vede, dar nu percepe (nu știe ce vede). Privirea și viziunea unui obiect sunt prezente la majoritatea nou-născuților.

Simțul văzului este însă inegal dezvoltat la nou-născuți, chiar de aceeași vârstă și durată de gestație, cei născuți la termen având un simț vizual mai dezvoltat.

Așa cum s-a menționat mai sus, în primele zile de viață nou-născutul întoarce capul sau clipește când se proiectează brusc o sursă de lumină asupra ochilor săi. El poate ține ochii deschiși, dar nu "vede" încă; nou-născutul este *"psihic orb"* (H. Willi). Mișcările ochilor și pleoapelor nu sunt coordonate, un ochi poate fi deschis în timp ce celălalt este închis; un ochi poate privi la dreapta, pe când celălalt este întors spre stânga. La majoritatea nou-născuților acest strabism (se uită "cruciș") este intermitent, trecător și fără importanță. Se datorește unei lipse de acomodare și de coordonare a musculaturii globilor oculari. Dispare în primele 6-9 luni de viață. *Un strabism este patologic numai dacă este la ambii ochi, convergent (spre nas) accentuat și durabil.* Cercetarea privirii și vederii se face cu ajutorul unui obiect strălucitor (ochelarii examinatorului) sau colorat roșu-viu ori galben. De abia după vârsta de 1 lună (uneori la 1-3 luni) sugarii au o privire mai netă, devin capabili de a intra în contact cu mama prin privire sau pot să fixeze și să urmărească mai mult un obiect strălucitor situat lateral, mișcat la distanță de circa 15-25 cm. În absența unui obiect luminos, privirea nou-născutului este vagă. Mișcările simultane, comandate de activitatea musculaturii globilor oculari reprezintă o mare încercare pentru orice nou-născut.

Aparițiа lacrimilor. Nou-născutul țipă și plânge fără lacrimi. *În medie, lacrimile apar în jur de 3 săptămâni.* La foarte puțini nou-născuți se observă lacrimi înainte de această vârstă. De subliniat că iritația conjunctivală datorită colirului instilat la naștere sau în primele zile poate declanșa o secreție apoasă, precoce, asemănătoare cu lacrimile, dar care este trecătoare. De asemenea, perforația canalelor lacrimale poate determina înroșirea și "lăcrimarea ochilor". Medicul va consemna ziua în care apar lacrimile, moment ce este apreciat ca un progres în dezvoltarea și achizițiile nervoase ale copilului.

În concluzie: Primele schimburi afective între mamă și nou-născut sunt vizuale. Toți părinții au resimțit emoția extraordinară de a fi priviți, sorbiți cu ochii de nou-născut. În același timp, mama fixează și ea ochii copilului sau cele două priviri se atrag reciproc și amândouă sunt pline de emoții și de întrebări. Aceste activități de relație și de atracție reciprocă au fost descrise de Ajuriaguerra în 1969. *Înainte de 6 săptămâni copilul privește conturul capului, ochii, nasul și gura adultului. După 6 săptămâni, când mama vorbește, sugarul privește cu intensitate numai ochii și nu gura de unde vin sunetele și obiectele care se mișcă.*

Urechile. Auzul

Examenul urechilor permite să se aprecieze dimensiunile, forma, implantarea joasă, morfologia cutelor pavilioanelor, situația conductului auditiv extern. Acest examen a luat, în ultimii ani, o importanță din ce în ce mai mare în cercetarea clinică a unei anomalii genetice.

Fătul aude sunetele și zgomotele începând din a 6-a lună de viață intrauterină. El percepe senzațiile de echilibru înainte de senzațiile auditive care nu sunt transmise de la început decât pe calea conductelor osoase.

În uterul mamei, fătul aude zgomotele mediului exterior și pe cele ale lumii interioare. Zgomotele exterioare sunt reprezentate mai ales de vocea mamei și a tatălui. Zgomotele interioare sunt reprezentate de bătăile inimii sale și ale mamei, de chiorăitul intestinelor mamei, suflul rapid regulat al trecerii sângelui în aorta abdominală a mamei.

După naștere, majoritatea nou-născuților normali reacționează la zgomotele grave. Între a 3-a zi și a 30-a zi, nou-născutul recunoaște vocea mamei sale. Recunoașterea vocii mamei nu este pusă în evidență decât dacă mama vorbește copilului său în mod obișnuit. Cadența și intonația joacă un rol important în recunoașterea vocii. Percepția auditivă a sugarului ține de modul cum i se "adresează" mama (ton, cadență, uniformitate, muzicalitate, frecvență etc.) și de acuitatea auditivă a fiecărui copil. Dacă mama îi vorbește fără nici o intonație, cu o cadență accelerată ca și când ar citi un text incoerent și neinteresant, sugarul nu va fi "interesat" de vocea mamei.

În ceea ce privește identificarea vocii mamei față de vocea unei femei străine părerile sunt foarte diferite: după Decasper și Fifer (1980) la vârsta de 3 zile, după Jacques Mehler la sfârșitul primei luni, în timp ce după White de abia spre 4 sau 5 luni.

Pe lângă voce, o parte importantă o are expresia feței. "Fața impasibilă" face ca vocea mamei să nu mai fie "interesantă" pentru copil. Dacă o mamă continuă să vorbească, dar încetează orice joc al mimicii, cu fața înțepenită, copilul este dezorientat. Timp de câteva secunde, amplifică răspunsurile interactive, apoi văzând că nu se mai întâmplă nimic, se oprește, nu se mai mișcă, nu mai fixează fața mamei, devine amorf.

Este bine ca mama, care îngrijește copilul, să-i vorbească tot timpul, să-i cânte dacă are voce. Ea este prima care va observa când sugarul aude; se liniștește când o aude vorbind sau cântând, o fixează și o urmărește, preferând-o față de persoane străine.

Simțul olfactiv (mirosul)

Nasul este, în general, mic, prezentând rareori, pe suprafața sa, pete alb-gălbui *(milium albicans).*

Încă din anul 1877, marele naturalist englez Charles Darwin a observat că nou-născutul percepea mirosul sânului mamei sale până la 30 cm. La rândul său, mama recunoaște foarte timpuriu mirosul copilului său. Cu ochii legați, ea recunoaște mirosul cămășuțelor purtate de copilul său.

Mirosul este prezent la naștere. Mulți nou-născuți întorc capul spre sânul mamei, înainte de a-l fi atins, după mirosul laptelui și/sau corpului. Dacă sunt despărțiți pentru câteva zile de mamă, unii o recunosc numai după ce sunt luați în brațe și îi simt mirosul și formele corpului. La Leagănul de copii și în creșe, unii sugari primesc să sugă numai de la mama lor. Este cunoscut faptul că, dacă o mamă schimbă apa de colonie cu care era obișnuit sugarul, acesta refuză sânul și chiar nu mai acceptă să stea în brațele ei.

Richard Porter (Tennesse - SUA) a arătat experimental cum copiii de *5-6 ani* recunosc încă mirosul mamelor lor, în majoritatea cazurilor se constată că și mamele respective recunosc mirosul copiilor lor. Același cercetător susține că membrii unei familii degajează un "miros de bază identic", un "miros de familie".

Amintirile olfactive impregnează viața afectivă în mod inconștient, dar tenace.

În prezent se socotește că sugarul folosește mirosul pentru a stabili noțiunea de "aproape", iar auzul pentru a deosebi "departe".

Gustul

Organul gustului (mugurii gustativi localizați pe limbă) se constituie foarte timpuriu în cursul vieții intrauterine. Chiar de la această vârstă, fătul preferă gustul dulce. Cu cât lichidul amniotic este mai dulce, cu atât fătul înghite din el mai mult. Dacă mama este diabetică, nou-născutul riscă de a fi mare prin excesul de aport sanguin de zahăr.

Gustul este relativ bine dezvoltat la nou-născut. El deosebește substanțele cu gust plăcut (dulce) de cele cu gust neplăcut (amar, acru, sărat); ultimele declanșează o salivație abundentă și grimase, în timp ce alimentele cu gust plăcut declanșează reflexul de supt și înghițit. Dacă mama consumă alimente care modifică gustul și/sau mirosul laptelui mamei (piper, ardei, ceapă, usturoi etc.), sugarul refuză să sugă.

Simțul tactil (pipăitul)

Pielea este organul senzorial cel mai întins și sugarul are nevoie să fie luat și ținut în brațe, legănat și mângâiat.

Simțul tactil apare foarte devreme în viața fetală; alături de alte funcții senzoriale ca vederea și auzul, simțul tactil este foarte important dar greu de demonstrat. El este asociat cu comunicarea prin auz și vedere. În perioada de nou-născut și de sugar mai mare se socotește că simțul pipăitului constituie o formă de limbaj. Contactul cu pielea și căldura corpului mamei sunt stimulări foarte puternice. Adesea, mângâiatul și luatul în brațe sunt suficiente pentru a opri țipetele sugarului. De altfel, acesta este în permanență îngrijit pentru că nu poate face nimic el însuși: este luat în brațe, schimbat, desfășat, spălat, șters; i se curăță urechile, ochii, nasul, gura; este îmbrăcat; i se dă să mănânce, se alină, se reculcă etc. *Unul din mijloacele cele mai eficiente de combatere a colicilor abdominale la sugar este ca în timpul alimentației să fie în contact nemijlocit cu corpul mamei sale - "piele la piele".*

Contactul strâns, căldura corpului și compresiunea locală exercitate asupra corpului copilului ("piele la piele") previn și/sau calmează colicile, regurgitațiile și chiar vărsăturile sugarului.

Sugarul simte blândețea, bruschețea și/sau stângăcia gesturilor. Îngrijirile corpului (ținut în brațe, înfășat și desfășat, baie etc.) făcute agreabil și adaptat a fost numit "dialog tonic" de Ajuriaguerra. Unele tulburări ale comportamentului copilului, survenite mai târziu, s-ar

explica prin lipsa de contacte cutanate între mamă și sugar. Îngrijirile nou-născutului acordate fără suflet, impersonale și unele brutale sau cu stângăcie au consecințe negative asupra comportamentului acestuia: colici, dificultăți la supt, regurgitări, tulburări de somn, episoade de agitație sau de plâns etc.

Luatul și ținutul în brațe, condamnate decenii în șir, trebuie reconsiderate. Pe lângă alimentație și îngrijiri corporale corecte, sugarul are nevoie de dragoste, pe care o primește prin luat în brațe, blândețe, mângâieri și răbdare, "convorbiri" în timpul oricărei manevre de îngrijire, contact social și afectiv permanente.

Manifestări anormale

Motricitatea generală

a) *Decubitus dorsal (culcat pe spate).* Dacă nou-născutul stă într-o poziție de flexie prea accentuată sau de extensie, inert "înțepenit" (corpul întins, fără vreo îndoire a membrelor inferioare sau superioare) înseamnă că este vorba de o poziție anormală.

b) *Decubitus ventral (culcat pe burtă).* În această poziție, sugarul nu poate deplasa deloc capul, care rămâne "cu bărbia căzută pe piept". Capul nu poate fi întors într-o parte, sugarul nu poate respira liber (pericol de înăbușire).

Reflexe și reacții. Toate reflexele și reacțiile sunt fie exagerate, fie absente, fie asimetrice, chiar dacă sunt respectate condițiile optime de examinare.

Motricitatea fină și adaptarea. Spre sfârșitul primei luni de viață, în cazul unor urmări după suferințe din timpul sarcinii sau nașterii, sugarul respectiv creează impresia că nu vede sau că este surd, deoarece excitațiile nu sunt prelucrate la nivel central.

Limbajul și contactul social. Nou-născutul este prea liniștit sau exagerat de agitat. Unii țipă continuu, alții nu plâng deloc; prima alternativă creează îngrijorare în familie și determină prezentarea la medic. La acestă vârstă se poate trece cu vederea că sugarul are un contact limitat cu lumea înconjurătoare.

Sugarii "întârziați" psihic nu reacționează la vocile și fețele umane.

Orice mamă care-și iubește copilul are un "simț" special pentru această "dificultate" de contact. Nu este exclus ca această dificultate să aibă la bază un deficit senzorial (de vedere sau de auz). De asemenea se poate constata că sugarul anormal nu reacționează adecvat la încercările de a fi calmat prin mângâieri, luat în brațe, căldură, schimbat la alimentație.

2.4. Îngrijirea pielii și anexelor (păr, unghii)

Pielea sugarului este cel mai important organ de simț pentru pipăit, căldură și frig, durere și liniștire. Senzațiile cele mai numeroase și mai prompte, de plăcere sau de neplăcere, sunt simțite mai ales prin piele. Pielea sugarului este mai subțire și mai fină decât a adultului. De aceea el pierde mult mai repede căldura și lichidele (prin transpirație) din cauza suprafeței relativ mari a corpului și a subțirimii țesuturilor pielii.

Pielea sugarului este suprasolicitată de eliminarea de urină și materii fecale, alimente regurgitate, mediu înconjurător poluat, aer cald și uscat și îmbrăcăminte adesea nepermeabilă la aer. De aceea, îngrijirile ce se acordă pielii sunt de mare importanță. Manevrele de îngrijire trebuie să fie deosebit de blânde, iar îmbrăcămintea (scutece etc.) și mijloacele de îngrijire (săpun, creme etc.) trebuie alese cu mult discernământ.

2.4.1. *Obiecte necesare*

a) *Cădița (albia, băița, vana)* din material plastic este cea mai avantajoasă: este ieftină, ușor deplasabilă, rezistentă și se poate curăți ușor. La noi se găsesc cădițe din material plastic, cu o capacitate de 32 litri. Cădița se așează într-o poziție stabilă și comodă pentru mamă. Sugerăm să se confecționeze o planșetă de lemn (cum sunt cele de desen sau cele pentru gospodărie) de dimensiuni ceva mai mari decât lățimea căzii din camera de baie. Cădița se mai poate așeza pe două scaune sau pe o măsuță mai joasă.

În ultimul timp au apărut cădițe montate pe un picior pliant, cădițe în hamac de susținere etc.

În mediul rural se mai folosește pe alocuri albia de lemn, care are dezavantajul că nu se poate dezinfecta

Fig. 2.24 - Obiecte pentru îngrijire.

și dacă este uzată prezintă riscul rănirii prin așchiile care se desprind.

b) *Termometrul de baie*

c) *Un vas mic din material plastic,* cu apă caldă curată pentru spălat fața.

d) *Un prosop mic* dintr-un material moale pentru față.

e) Fie o mănușă plușată, fie o cârpă din pânză moale (confecționată din rufărie veche). Dacă se folosește un burete, acesta trebuie spălat, stors și limpezit de mai multe ori deoarece se îmbibă cu spumă de săpun, cu murdărie sau/și microbi.

f) *Un prosop mare de baie* cu un colț însemnat; cu acest colț se "usucă" regiunea superioară a corpului. Prosopul se întinde pe o masă de înfășat, pe o masă obișnuită sau, în lipsa acestora, pe patul sugarului sau al adulților.

g) *Lenjeria pentru sugar* (scutece, "body", "Pampers", jachetică, botoșei, scufiță), plasată la îndemână, iar iarna pe un calorifer cald sau lângă sobă. Scutecele se așază în ordinea folosirii.

h) *Comprese sterile* (un pachețel) și bețișoare cu vată puse într-o cutie de plastic.

i) *O forfecuță* pentru unghii.

j) *Un pieptene și o perie pentru cap* (cu peri fini și moi).

k) *Un vas de metal în care se pun tampoanele întrebuințate.* Dacă sugarul suferă de o infecție a pielii, tampoanele se ard ulterior. Vasul se spală cu detergenți și eventual se dezinfectează.

i) *O găleată cu pedală* pentru rufăria murdară a sugarului.

m) *Un căzănel* pentru fierberea lenjeriei.

n) *O pară mică de cauciuc* sau *o pipetă specială* pentru aspirarea secrețiilor din nas.

2.4.2. *Mijloace de îngrijire. Cosmetice*

În ultimul timp au apărut o mulțime de produse comerciale, însoțite de o reclamă excesivă. Amintim câteva dintre ele cu precizarea că nu toate sunt necesare. Mai mult, unele dintre acestea, fabricate de firme improvizate, pot produce efecte nedorite (iritații, roșeață, agitație).

• **Săpunul pentru copii** (Baby Seife, Baby Soap, Baby savon). Este un săpun bogat în grăsimi, pur și bine rafinat. Nu conține aditivi și rezistă mult timp. Are o reacție acidă. Se folosește, cu măsură, de dorit numai la săpunirea organelor genitale, ale zonei din jurul anusului, la subsori și la cutele pielii. Este absolut necesar pentru baie. Nu este recomandată săpunirea excesivă, generalizată.

Săpunul "de casă" și săpunul de rufe fiind alcaline atacă stratul protector acid al pielii. Săpunurile de toaletă pentru adulți conțin aditive și unele au reacții alcaline, ceea ce le contraindică la sugari.

• **Săpunul lichid pentru copii** se apreciază că ar fi inofensiv și mai eficient la curățirea pielii sensibile la sugarii predispuși la roșeață, cojițe, crăpături. Nu usucă pielea, nu-i modifică aciditatea și menține pielea moale și catifelată. Se folosește la indicația medicului.

• **Loțiunea pentru sugari** este o suspensie fără substanțe alcaline, recomandată tot pentru curățire. Nu modifică stratul de protecție al pielii, având un pH acid asemănător cu cel al pielii sugarului.

• **Adaosurile spumante pentru baie** asigură o curățire eficientă la nivelul porilor pielii. Majoritatea conțin și substanțe alcaline. Apa caldă de baie degresează deja pielea așa că nu este necesară la sugari, vârstă la care spuma este percepută ca neplăcută. Aceste adaosuri conțin de obicei uleiuri de plante (aloes etc.) și de aceea sunt indicate la sugarii mari și la copii cu piele uscată. Baia devine mai plăcută.

Pentru pielea cu răni, cu pete, seboree (cruste) și cu sensibilitate mare pe vremuri se recomandau tărâțele care nu sunt iritante. În prezent nu se mai folosesc.

• **Cremele medicinale sau unguentele pentru copii** (de obicei pe bază de talc și oxid de zinc, vaselină și lanolină, la care firmele producătoare adaugă diferite ingrediente) au ca scop să protejeze pielea împotriva acțiunii iritante a urinii și fecalelor. Se vor aplica în strat uniform și foarte subțire pentru a fi ușor de îndepărtat. Crema sau ingredientul se folosește la recomandarea medicului. Produsele românești au aceleași efecte.

• **Mixturile** sunt suspensii pe bază de talc, oxid de zinc, glicerină și apă în anumite proporții cu sau fără adaosuri. Ultimele se adaugă în funcție de forma clinică a reacțiilor cutanate. Sunt indicate îndeosebi în erupțiile cu leziuni umede.

• **Uleiul pentru copii** este un ulei vegetal, bine purificat, care protejează pielea delicată a sugarului de efectele nocive ale urinii, materiilor fecale, transpirației și ale resturilor alimentare. Uleiul înmoaie crustele, absoarbe secrețiile și favorizează cicatrizarea rănilor. Unele uleiuri conțin vitamine și substanțe protectoare. *Uleiul de floarea-soarelui fiert se folosește cu aceleași efecte favorabile. În plus costă mult mai puțin!*

De obicei se folosește la curățirea zonelor din jurul anusului și organelor genitale. Se poate aplica și pe restul corpului, la cutele pielii (gât, subsoară, coapse).

• **Șervețelele impregnate cu ulei** sunt ambalate în cutii speciale. Se folosesc pentru curățirea gurii și mâinilor copilului în timpul plimbărilor, călătoriilor și în orice împrejurare când copilul și familia sunt în afara locuinței. Constituie un obiect de lux; un șervețel sau o bucată de tifon înmuiat sau nu în apă este tot așa de bun.

• **Cremele, unele loțiuni, "laptele pentru piele"** se folosesc pentru protecția corpului și a fetei în caz de intemperii (căldură prea mare, frig, vânt) mai ales la sugarii care prezintă unele reacții ale pielii când sunt scoși afară (roșeață, uscare etc.).

• **Pudra** se folosește cu scopul de a absorbi umezeala și transpirația, de a răcori și a vindeca unele leziuni ale pielii (roșeață, pete, crăpături). În locul uleiului și loțiunilor se poate folosi, la cutele pielii, pudra de talc. Se va evita excesul de pudră, deoarece aspirarea norului de pudră de către sugar este periculoasă (sufocare, criză de apnee etc.). Puneți puțină pudră într-o mână și cu degetele de la cealaltă mână răspândiți-o uniform în strat subțire pe la toate cutele. Nu lăsați în nici un caz cutia cu pudră la îndemâna sugarului mai mare și a copilului mic. De obicei cutia de pudră are un capac de siguranță, dar acesta s-ar putea, totuși, deschide la un moment dat.

Șamponul pentru copii Baby Shampoo se preferă în locul săpunului obișnuit la spălarea capului (pH acid, spuma nu irită conjunctivele, previne parțial formarea de cruste).

2.4.3. *Spălatul (baia parțială din primele zile)*

Dacă bontul ombilical nu s-a detașat sau dacă sugarul este bolnav și are febră mare, atunci va fi numai spălat parțial.

Pentru aceasta sunt necesare: două vase de plastic cu apă caldă, unul pentru partea de sus a corpului şi celălalt pentru părţile de jos (apa trebuie să aibă temperatura de 36,5-37°); vată; o mănuşă sau o cârpă pentru spălat; un prosop; scutece curate; săpun sau loţiune; ace de siguranţă; o găleată pentru scutecele folosite.

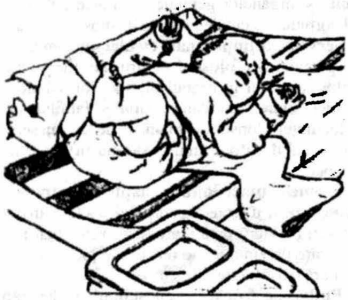


Fig. 2.25 - Pentru a îmbăia sugarul se vor pregăti toate obiectele. Mai întâi se pune prosopul ceva mai sus sub capul şi sub trunchiul sugarului.

Pe faţă şi corp nou-născutul este spălat numai cu apă; pentru fese se foloseşte şi săpunul sau loţiunea specială pentru sugari. Vasele se aşază în apropierea mesei de înfăşat pe care se află un prosop care să aibă un desen ("semn") în partea de sus, ce se foloseşte pentru faţă. Sugarul este întins cu faţa în sus.

Temperatura camerei în care este spălat nou-născutul trebuie să fie în jur de 24°C. Lucrurile folosite se pun în altă parte, iar scutecele într-o găleată. Nu se aruncă pe podea!

Înainte de "spălarea" propriu-zisă se curăţă popoul murdar de materii fecale cu un scutec sau cu o cârpă, ambele curate.

Se începe cu *ochii* sugarului. Cu vată sau cu o compresă umedă se şterge fiecare ochi cu mişcări dinspre unghiul extern spre nasul sugarului. Se schimbă vata la fiecare ochi.

Se şterge *pavilionul şi înapoia urechilor* cu vată hidrofilă. Nu încercaţi să curăţaţi interiorul urechilor.

Urmează *faţa;* peste faţă treceţi cu un tampon de vată pentru a ridica saliva şi, eventual, resturile de lapte care, dacă se usucă, irită pielea. Înlăturaţi scutecul şi

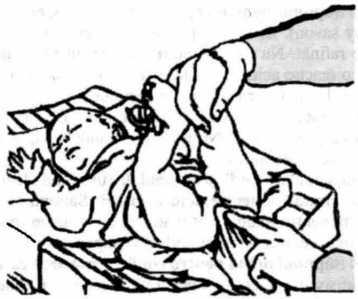


Fig. 2.26 - Cu mâna stângă mama ridică în sus picioarele sugarului, iar cu cealaltă îi şterge popoul cu scutecul murdar.

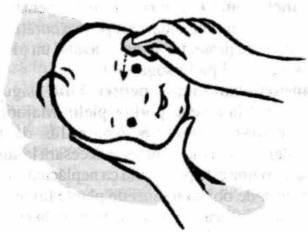


Fig. 2.27 - Se începe spălatul ochilor. Cu câte o compresă sterilă înmuiată în apă limpede (nu în infuzie de muşeţel care conţine impurităţi) se şterge fiecare ochi dinspre unghiul extern spre unghiul intern.

continuaţi cu gâtul, pieptul, braţele şi mâinile. Unor sugari nu le plac aceste manevre, strâng pumnii, uneori plâng. Mâinile trebuie desfăcute, degetele întinse pentru a curăţi palmele. Înainte de a spăla jumătatea inferioară a corpului, se va şterge (de fapt "se usucă" prin tamponare) pielea spălată.

Cu apa din al doilea lighean se spală *burta, membrele inferioare, picioarele şi spatele,* sugarul fiind culcat pe o parte. La sfârşit se spală organele genitale şi şezutul. Urmează uscarea temeinică (ştergerea prin tamponare cu un prosop moale) a întregii pieli. Ulterior se ung cu ulei fiert sau cu cremă în special zonele cu cute ale pielii. Înainte de a începe ungerea cu ulei puneţi un scutec pentru a nu murdări prosopul. Nu uitaţi să vă ştergeţi mâinile înainte de a atinge banda adezivă

a "Pampers"-ului. Dacă încăperea este insuficient încălzită, după uscarea jumătății superioare a corpului sugarul va fi învelit repede cu un prosop și, imediat după aceea, va fi înfășat.

2.4.4. *Baia generală zilnică*

Prin spălarea zilnică a întregului corp se asigură pe lângă igiena pielii (înlăturarea murdăriei, prevenirea infecțiilor și călirea generală), obișnuirea copilului cu un anumit program, iar mai târziu cu simțul ordinii, cu formarea deprinderii pentru curățenie și civilizație.

Unii pediatri propun ca baia generală să se facă de 2-3 ori pe săptămână, motivând că spălarea zilnică ar duce la uscarea pielii (Statele Unite, Franța).

Nu suntem de acord cu asemenea opinie. Baia generală rămâne unul din mijloacele de igienă corporală, de călire, de educație și de civilizație. Marele pediatru german Adalbert Czerny afirma că *"ființa umană trebuie să facă baie zilnic din ziua când cade bontul ombilical și până la 96 de ani"*.

Numai în condiții necorespunzătoare (frig în casă, călătorii, anumite boli etc.) se poate face numai baie parțială, iar copilul mai mare va fi deprins să-și spele zilnic fața, gâtul, pieptul (până la "brâu"), mâinile și picioarele.

Pregătiri

Temperatura camerei. Este important ca sugarul să nu simtă frigul, camera în care se face baie trebuie să fie bine încălzită. Pentru nou-născut, temperatura convenabilă este în jur de 24°C; ulterior, la sugarul mai mare și la copil, temperatura camerei poate să fie de 22°C. Este recomandat un termometru de cameră. Ușile și ferestrele se închid, inclusiv vara, pentru a se evita curenții de aer.

Temperatura apei din baie se controlează cu un termometru de baie și se situează la 36,5-37°C. Temperatura apei se poate aprecia introducând cotul în apă, dar nu cu mâna, care este obișnuită cu temperaturi mai joase. Cu toate că la noi în țară multe mame susțin că apa pentru îmbăiere trebuie să fie mai caldă (peste 37°C), unii copii preferă temperaturi mai joase. Așa s-ar explica motivul pentru care copilul, la introducerea în apa de 37,5-38° își retrage speriat picioarele. Pielea lui subțire percepe căldura mai intens. Apa prea fierbinte sau prea rece strică plăcerea copilului.

• **Cada se umple numai până la jumătate.** Unii copii se sperie când apa le ajunge până la gât. Când mama nu este prea îndemânatică, sugarul este spălat mai greu într-o cadă plină. Dacă nu puteți amesteca apa cu ajutorul robinetelor (de apă rece și de apă caldă) turnați în cadă mai întâi apă rece și apoi apă caldă pentru a evita riscul opăririi.

• **Cosmeticele** sunt puse la îndemână pe masa de înfășat, cu capacele deschise.

• **Scutecele, chiloții absorbanți** (Pampers), **body** sau **cămășuțele, boneta, șosetele,** se așază ordonat pentru a fi folosite rapid. Prosopul va fi întins cu însemnul corespunzător la locul adecvat, ceva mai sus, sub capul și trunchiul sugarului.

• **La sugarii hrăniți artificial,** biberonul va fi pregătit înaintea băii și pus la încălzit. Atenție la sugarii mai mari, mâncăcioși, care când văd biberonul nu mai sunt dispuși să facă baie și tot "ceremonialul" îmbăierii se transformă în supliciu. Sugarul țipă, mama transpiră și ceilalți membri ai familiei se enervează. La astfel de sugari și de copii mici, baia se programează într-un moment al zilei când respectivul este mai puțin înfometat. Dacă nici așa nu se rezolvă problema se va da copilului să mănânce înainte de baie, spălându-l însă cu mișcări blânde și în mai puțină apă.

• **Protejați-vă împotriva stropirii cu apă** prin-tr-un șorț impermeabil și puneți-vă pe un umăr un prosop de baie care vă va acoperi când copilul este scos din apă.

• **Reduceți la minimum** intervalul de timp cât copilul este ud. Cei mici resimt frigul foarte repede. Dacă este răcoare în cameră se începe cu îmbrăcarea cămășuței, respectiv cu "body".

• **O măsură de mare prudență** este de a nu lăsa copilul singur în cădiță (pericol de înec) sau pe masa de înfășat (pericol de cădere).

• **Orarul băii.** Este bine ca baia de curățenie să se facă la aceeași oră. Unele mame aleg pentru baie perioada dinaintea celui de-al doilea supt, respectiv între 9 și 10 dimineața. Baia efectuată dimineața tulbură însă, la sugarul mai mare, scoaterea la plimbare. Credem că intervalul cel mai potrivit pentru baia zilnică ar fi seara înainte de ultima masă (18,30-20). Nu este recomandabilă o oră mai târzie deoarece se amână atât somnul sugarului cât și al părinților. Baia de seară se preferă și pentru a oferi posibilitatea ca mama să fie

ajutată de tată. Stabilirea momentului îmbăierii sugarului trebuie să țină seama de următoarele:

- nu imediat după masă, pentru că poate vărsa;
- să nu fie nici prea flămând, deoarece devine mai agitat prin manevrele de spălare și înfășat;
- se alege un moment când este în stare de veghe sau se trezește ușor;
- în timpul verii, în zilele foarte călduroase, baia se poate face la prânz, având și rol de răcorire.

Tehnica băii

La început se spală fața, respectiv ochii, gura, nasul, urechile. Părul se spală la urmă (pag. 84).

Pentru față se folosește apă călduță, dintr-un vas pregătit în acest scop, și o mănușă (alta decât pentru restul corpului) sau o bucată de pânză moale (de preferință o bucată de tifon steril) sau vată. Nu se folosește săpunul. Nici pentru față nu se recomandă folosirea buretelui.

• **Se începe cu ochii.** Se folosește un tampon de vată sau o compresă sterilă, înmuiată în apă călduță. Ochiul se șterge cu mișcări ce merg dinspre unghiul extern spre nas, fața sugarului fiind întoarsă spre ochiul ce se spală. Se folosesc tampoane separate pentru fiecare ochi, pentru a evita trecerea unei eventuale infecții de la un ochi la celălalt. Dacă există secreții oculare purulente se fac spălături cu apă fiartă și răcită sau cu ser fiziologic (nu cu mușețel, care poate conține impurități) înainte de baia generală, pentru a evita contaminarea pielii din jur (vezi fig. 2. 27).

Dacă unul din ochii sugarului lăcrimează tot timpul s-ar putea ca motivul să fie obstrucția (imperforarea) canalului lacrimal.

• **Gura.** Părerile sunt împărțite în ceea ce privește îngrijirile gurii. Este bine ca la fiecare toaletă să se cerceteze dacă pe mucoasa gurii există *muguet* (produs de o ciupercă - *Candida albicans*) manifestat prin depozite alburii. Nu suntem de acord cu medicii care preconizează spălarea sistematică a gurii cu comprese îmbibate în soluție de bicarbonat de sodiu; astfel de spălături, efectuate de mâini neexperimentate, riscă să provoace eroziuni bucale, puncte de plecare pentru infecții.

• **Nasul** nu necesită o curățire specială. Prin strănut sugarul îndepărtează particulele de praf din nas. Numai în caz de secreții (apoase sau vâscoase) sau de cruste, se pun picături de ser fiziologic în nas (înmoaie și spală mucozitățile) și, la nevoie se aspiră cu o pară de cauciuc mică.

• **Urechile.** Partea externă a urechilor este curățită cu o cârpă umedă, stoarsă și răsucită (rulată). Nu folosiți la curățirea urechilor bețișoare cu vată deoarece la o mișcare bruscă a copilului se poate răni. Nu este bine să se umble la conductul auditiv extern; bețișoarele cu vată înfundă cerumenul în interiorul conductului auditiv. Spatele urechii este un loc foarte fragil unde umezeala și sudoarea produc crăpături. Cutele trebuie să fie bine uscate. Ungerea cu vaselină simplă sau o pomadă cu cortizon și stamicină (Nidoflor) sunt adesea utile.

În nici un caz nu se vor folosi chibrituri, scobitori, ace de păr sau alte obiecte ascuțite înfășurate în vată.

Unii medici propun mamei tinere, fără experiență, să săpunească trunchiul și capul cu mâna sau cu o mănușă moale în afara căzii, pe masa de înfășat. Dacă mama este precaută și ține bine sugarul, săpunirea se poate face direct în apă.

*

În mod obișnuit săpunirea se face cu copilul băgat în apă.

Luați sugarul din pat, dezbrăcați-l. Dacă este murdărit cu materii fecale, mai întâi îl ștergeți cu vată înmuiată în ulei și apoi cu colțul unui scutec (fig. 2.26). De amintit că atunci când este dezbrăcat, la excitația aerului sugarul urinează spontan. De aceea se va pune pentru câteva secunde un scutec mic între picioare pentru a absorbi urina.

Sugarul este apoi introdus în baie, cuprinzând cu mâna stângă subsuoara stângă a sugarului (patru degete ajung în subsuoară, iar degetul mare înconjoară umărul). Ceafa și capul se sprijină pe antebraț. Cu mâna dreaptă îi sprijiniți fundulețul sau îi cuprindeți cu policele (degetul mare) și mediusul voastre picioarele fie în dreptul gleznelor, fie al gambelor. După ce introduceți încet sugarul în apă lăsați libere picioarele, în timp ce sprijină în continuare capul și trunchiul pe antebrațul stâng. Mâna dreaptă rămâne liberă pentru a spăla sugarul. Umerii trebuie să fie acoperiți de apă ca să nu-i fie frig. Dacă s-a lucrat cu blândețe și îndemânare, în momentul în care este introdus în apă (cu temperatura corespunzătoare), sugarul se bucură și începe să dea din picioare.

După ce picioarele și trunchiul au ajuns în apă, mâna dreaptă a mamei este liberă pentru spălat. Săpunirea gâtului nu se face direct cu bucata de săpun, ci fie cu mâna neînvelită, fie cu o mănușă, fie cu o bucată de

pânză, care se îmbibă în prealabil cu spumă de săpun. Cu mişcări fine, circulare, se întinde un strat subţire de săpun pe tot corpul, de la cap până la picioare, organele genitale rămânând la urmă. Aveţi grijă să nu intre săpun în ochi sau apă în urechi. Se clătesc imediat regiunile săpunite. Întoarceţi sugarul pe burtă, ţinându-l de subsuoară sau de braţ, pieptul şi bărbia lui sprijinindu-se de cotul vostru. Aveţi grijă ca faţa să nu se scufunde în apă. În timp ce apucaţi cu mâna dreaptă subsuoara stângă a sugarului, mâna stângă va rămâne liberă pentru a săpuni şi limpezi pielea copilului. Copilul poate fi ţinut şi invers, adică apucând subsuoara stângă a sugarului cu mâna dreaptă. Acum apucaţi copilul cu amândouă mâinile, îl învârtiţi puţin prin apă şi apoi, cu acelaşi mod de apucare, îl ţineţi pe spate. Când se simte în această poziţie, sugarul începe să dea din picioare. Eventual, spatele sugarului se poate spăla ţinându-l şi pe o parte.

Sugarii mai mari încep să se joace cu apa.

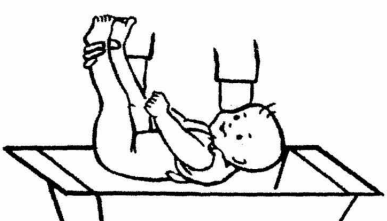


Fig. 2.28 - Sugarul se introduce în baie. Mama îl apucă cu mâna stângă de subsoara stângă sprijinindu-i pe antebraţ ceafa, iar cu mâna dreaptă îl ţine de glezne.

Fig. 2.29 - Spălarea feţei anterioare a corpului.

Fig. 2.30 - Apoi fie se spală întorcându-l cu faţa în jos, fie pe o parte.

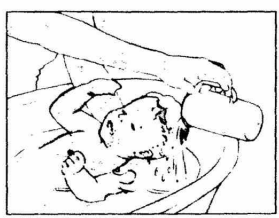


Fig. 2.31 - Şi părul necesită o îngrijire specială. Spălarea capului se face cel mai bine cu o cănuţă cu apă caldă.

Dacă atât mama cât şi tatăl sunt sănătoşi şi nu suferă de vreo boală de piele (infecţii microbiene sau infestări cu ciuperci microscopice), după vârsta de un an copilul poate fi băgat în cadă împreună cu unul dintre părinţi. Unii copii sunt temători, dar cei mai mulţi, văzându-se alături de unul dintre părinţi, capătă curaj, se simt bine în apă şi fac baie cu voioşie. Nu trebuie însă forţată nota cu duşuri reci, cu tentative de a învăţa copilul să înoate sau de a-l scufunda în apă. Unele avangardisme de a pune pe sugar să înoate sau de a-i aplica cine ştie ce experiment pot duce la refuzul copilului de a mai face baie (ţipă, se zbate etc.).

Scoaterea copilului din apă nu este simplă, pentru că nu aveţi decât două mâini. Cu mâna stângă ţineţi braţul stâng al copilului. Luaţi prosopul şi băgaţi unul din colţuri sub bărbia dumneavoastră. Apoi prindeţi un colţ al prosopului între cotul şi şoldul stâng. Prindeţi copilul de subsuori, îl scoateţi din apă cu spatele către dumneavoastră şi-l înfăşuraţi în prosopul pregătit. Colţul prosopului de sub bărbia mamei acoperă capul copilului. Ajuns pe masa de înfăşat, copilul va fi "şters"

prin tamponare (uscat) cu atenţie, insistând la nivelul cutelor (în jurul organelor genitale, subsuori, cutele gâtului, spaţiul popliteu - sub genunchi -, spaţiile dintre degetele mâinilor şi picioarelor). Întrucât nou-născuţii şi sugarii ţin membrele superioare şi inferioare îndoite (flectate puternic), aceste pliuri sunt greu de şters. Tentativele de extensie se fac lent până când membrele se destind.

Fig. 2.32 - "Ştergerea" sugarului după baie se face cu prosopul mare pluşat, pus la început sub capul şi trunchiul copilului. Nu se "şterge", ci se svântă prin tamponament.

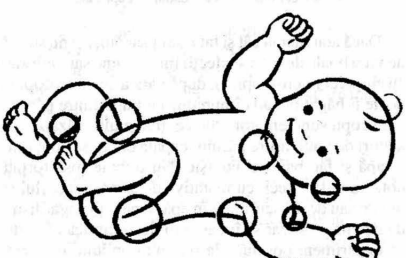


Fig.2.33 - Cercurile indică zonele predispuse la formarea de intertrigo (leziuni roşii, zemuinde ale cutelor pielii).

Dacă baia şi înfăşatul se fac în camere diferite, în timpul transferului, sugarul ud se înfăşoară într-un prosop gros (frotee) şi apoi, dacă este răcoare în cameră va fi îmbrăcat cu o cămăşuţă şi după aceea se face toaleta zonelor din jurul anusului şi organelor genitale.

Durata. Toată îmbăierea trebuie să să termine în 3-5 minute la nou-născut şi la sugarul mic. Mai târziu, după vârsta de 6 luni, când poate sta pe şezut, copilul poate fi ţinut în apă circa 10 minute. El poate să se bălăcească, jocul cu apa constituind un prilej de mare bucurie.

Ce înseamnă dacă sugarul plânge în apă? La început unii sugari nu primesc baia cu plăcere: plâng, se zbat, se contractă. La aceştia, durata îmbăierii se va scurta. Chiar dacă plânge, sugarul tot trebuie scăldat. S-ar putea ca sugarul să fi fost incomodat de vreo greşeală: stângăcia şi teama mamei începătoare; în grabă, nervozitatea sau disputele celor ce participă la baie; temperatura necorespunzătoare a apei.

Cel care face baie sugarului trebuie să dovedească îndemânare, calm, sistematizare, blândeţe. Dacă totul decurge perfect, orice sugar agreează cu timpul baia.

*

Îmbrăcatul.

După ce l-aţi înfăşat (fie după metoda clasică, fie cu mijloace moderne - Pampers), îl îmbrăcaţi cu "body" sau cu cămăşuţă şi jacheţică.

La sugarul bolnav la care nu este permis să se facă baie generală este necesar să se cureţe cu atenţie pielea capului, cu o compresă umedă, pentru a se îndepărta transpiraţia şi murdăria din păr; se va insista mai ales la şanţurile din spatele urechilor şi la cutele gâtului. La urmă se şterge excesul de umezeală (prin tamponare) şi se piaptănă sau se perie capul.

Când sugarul este îmbăiat şi cu toaleta feţei, ochilor, urechilor, nasului şi unghiilor făcută se trece la ultima etapă a igienei corporale zilnice: *îngrijirea părului.* Oricât de mic şi de rar este părul sugarului, el se *perie zilnic* cu o perie de cap (cel mai bine cu o perie cu coadă, cu peri fini şi moi) care se poate spăla uşor. Periatul se face cu mişcări blânde în direcţia liniei (orientării) părului până când acesta devine neted şi lucios. Periajul favorizează vascularizaţia pielii.

Unghiile.

La nou-născutul trecut de termen unghiile depăşesc vârfurile degetelor. Dacă unghiile sunt prea mari, sugarul se poate zgâria, îndeosebi pe faţă. Unghiile nu trebuie să depăşească vârful degetelor de la mâini şi de la picioare. În unele sate există superstiţia că tăierea unghiilor ar dăuna sugarului.

Tăierea unghiilor constituie o operaţie delicată din cauza fineţii pielii şi a dimensiunilor mici ale unghiilor.

Cu toate acestea, *tăierea unghiilor se face în fiecare săptămână.* Operaţia respectivă nu se face după baie când sugarul este agitat şi-şi mişcă mâinile şi picioarele, ci mai târziu, după masă sau chiar în somn, când este obosit şi destins. Se folosesc foarfeca cu vârful rotund, o pilă nemetalică sau altă forfecuţă din trusa de manechiură a mamei. Unghiile nu se taie prea scurt pentru a evita formarea de unghii "încarnate" şi ciupirea pielii.

Tăierea unghiilor se face rotund la mâini şi drept la picioare (pentru a evita încarnarea). Capul se întoarce spre partea opusă mâinii la care se taie unghiile pentru ca fragmentele mici de unghii să nu sară în gura, ochii sau nasul sugarului.

La sugarii nervoşi, care se zgârie pe faţă, se pot confecţiona nişte mănuşi fără degete din pânză moale.

*

Organele genitale

La fetiţe, toaleta genitală va fi făcută cu grijă până la cele mai mici cute. Se foloseşte o compresă sau vată înmuiată fără săpun şi se spală cu mişcări dinainte înapoi pentru a nu aduce impurităţi anale spre vulvă.

Fig. 2.34 - Dacă este răcoare în cameră se îmbracă sugarul cu o cămăşuţă şi după aceea se face toaleta regiunii din jurul anusului şi organelor genitale.

La băieţi, organele genitale nu necesită îngrijiri speciale. Tentaţiile de decalotare sunt inutile (vezi fimoza la dezvoltarea fizică).

• **Îngrijirea şezutului** este importantă, dar obiceiul de a proteja zona respectivă cu straturi groase de cremă este greşit, fiind mai mult chiar decât util. La următoarea schimbare a scutecelor, crema trebuie din nou îndepărtată, mama freacă şi iriă pielea. În plus, crema în exces reduce capacitatea de absorbţie a scutecului. Efectul scontat al scutecelor moderne de a menţine şezutul uscat se pierde; umezeala rămâne pe piele. De fapt, o piele robustă şi sănătoasă a şezutului nu necesită cremă, cel mult puţină pudră (talc) pentru a absorbi umezeală. Unii sugari au o piele sensibilă şi reacţionează rapid prin roşeaţă difuză, însoţită uneori de crăpături şi/sau secreţie zemuindă. În astfel de cazuri este bine să se aplice în strat subţire o cremă protectoare pe piele. Nu se împrăştie însă pudră pe deasupra; s-ar putea forma cocoloaşe care să irite pielea. Se recomandă să se facă băi de aer (se lasă sugarul cu fundul şi organele genitale descoperite de 2-3 ori pe zi) cu durata de 15-30 minute.

Înfăşatul

Prin înfăşat se înţelege curăţirea feselor şi înlocuirea scutecelor murdare cu altele curate şi uscate. Înfăşatul unui sugar nu este numai o problemă de igienă, ci şi un prilej de mângâiere, de cunoaştere şi de stimulare a dezvoltării sale fizice şi psihice. Scutecele se folosesc zi şi noapte, până ce copilul se deprinde cu curăţenia, în general în cursul celui de al treilea an de viaţă. În primele luni, mama are uneori impresia că nu poate să facă faţă "la toate". Nu trebuie să dispere! Pe măsură ce copilul creşte, evacuarea intestinului şi vezicii se regularizează, intervalul dintre scaune şi micţiuni se prelungeşte şi, bineînţeles, numărul schimbării scutecelor va descreşte. Spre 2½ ani, marea majoritate a copiilor folosesc oliţa sau chiar WC-ul.

2.4.5. Scutecele

În prezent se folosesc tot felul de scutece de toate mărimile. În funcţie de bugetul, tradiţia şi de modul de înfăşat, mama va opta între scutecele de folosinţă unică şi scutecele din ţesături, care se spală.

Scutecele de folosinţă unică se aruncă după fiecare utilizare. Chiar dacă sunt mai scumpe, aceste scutece aduc o mulţime de înlesniri pentru mamă, nefiind nevoie de înmuiat, spălat, uscat, călcat. De asemenea, scutecele de unică folosinţă se ajustează mult mai bine copilului pentru că ele nu cer nici îndoiri savante, nici ace de siguranţă, nici cine ştie ce îndemânare din partea mamei. Chiar dacă optaţi pentru scutece lavabile din ţesături este bine să vă asiguraţi şi de o provizie de scutece cu unică folosinţă. Ele constituie o rezervă

absolut necesară. Există mai multe modele de scutece de unică folosință: cele prevăzute cu elastic la picioare, împotriva scurgerilor, scutece superabsorbante și care lasă pielea să respire, în același timp, scutece prevăzute cu balsam pentru îngrijirea pielii copilului sau scutece de prindere cu "arici" care pot fi închise și deschise de mai multe ori.

Scutecele "clasice" din țesături

În mediul rural, prin tradiție și posibilități se folosesc scutece "clasice", din țesături din bumbac sau din finet. Ele sunt de forme și dimensiuni variate. Necesită multe eforturi pentru a le întreține: colectat în găleți, clătit, săpunire sau înmuiere în detergenți, spălare în mai multe ape, uscare, călcat. Trebuind să fie spălate după fiecare folosire este necesar un număr mare de scutece. Alegeți pe cele de bună calitate deoarece sunt mai rezistente.

Scutecele pătrate din țesut-buret (8-12 bucăți) sunt groase și absorbante. Se pot îndoi ("chiti") în diferite moduri și dimensiuni după talia copilului. Alegeți pe cele tivite pentru că nu se destramă. Pentru nou-născut sunt prea voluminoase.

Scutecele "mari" din bumbac sau finet (18-24 bucăți) au dimensiuni de 60/60 cm sau 80/80 cm. Sunt ușoare, moi și tolerate bine de pielea delicată a sugarilor. Sunt utile chiar și în condițiile folosirii de scutece de unică folosință, la învelirea sau acoperirea sugarului.

Scutecele de protecție sau batiste din celuloză se pun pe scutecul care este în contact cu pielea sugarului. Cele mai bune sunt din voal, care filtrează urina și rămân uscate pe piele, ceea ce micșorează riscul de a se dezvolta roșeața (dermatita de scutece) datorată umidității și frecăturilor. Ele împiedică, de asemenea, materiile fecale să se răspândească și să murdărească scutecul. În momentul schimbării, scutecul de protecție se aruncă.

Chiloții impermeabili (6 perechi), de forme diferite, se poartă pe deasupra scutecelor țesute pentru a împiedica pătarea îmbrăcămintei și a rufăriei de pat.

Scutece absorbante de unică folosință

Istoria scutecelor de unică folosință. Primul scutec de unică folosință a fost inventat de către Vic Mills de la marea companie Procter & Gamble, înființată în 1837 în Cincinnati. Acest scutec a primit numele de

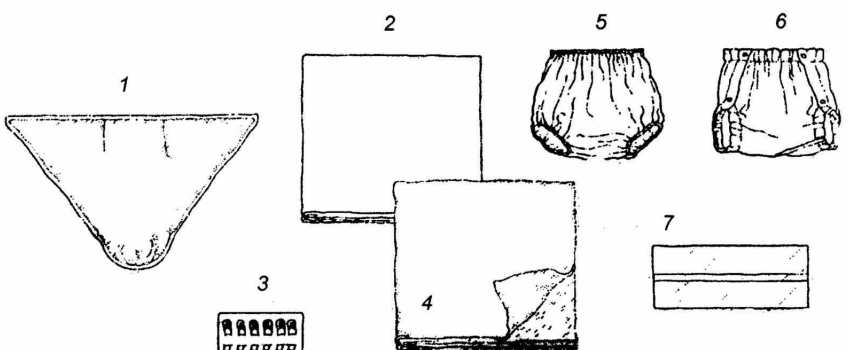


Fig. 2.35 - Necesar minim de scutece: 1. Scutec triunghiular; 2. Scutec din finet (muselină); 3. Ace de siguranță; 4. Scutece pătrate din țesut-buret; 5. Chilot impermeabil; 6. Chilot dublat; 7. Scutec de protecție sau "batiste" din celuloză.

Scutecele triunghiulare (18-24 bucăți). Granularea țesăturii-burete a acestor scutece este deosebit de fină și de moale. Întărite la mijloc (trei straturi) au o bună putere absorbantă. Se plasează sub fundul și între coapsele sugarului.

Pampers, în limba engleză "to pamper" însemnând a alinta, a mângâia, a răsfăța. Deși testele de piață au început încă din 1957, succesul a venit abia în 1961 când ***Pampers*** a fost introdus pentru prima oară în Statele Unite ale Americii devenind primul scutec de

unică folosință răspândit pe scară largă. Era vorba de un scutec de hârtie care conținea în principal celuloză ca material absorbant. Proprietățile absorbante erau similare cu cele ale scutecelor de pânză, avantajul cel mai important constituindu-l confortul atât pentru sugar cât și pentru mame. În anii '80 ***Pampers*** se vindea deja în 75 de țări, iar începând din anul 1995 a început să se folosească și în țara noastră.

Între timp și alte companii au început să producă cu succes scutece de unică folosință. Pentru a veni în întâmpinarea consumatorilor, noi îmbunătățiri au fost aduse scutecelor de unică folosință. Un progres uriaș l-a constituit introducerea în anii '80 a polimerilor superabsorbanți în amestec cu celuloza care aveau capacitatea de a absorbi mult mai mult lichid decât aceeași cantitate de celuloză și puteau reține lichidul chiar și sub presiune. Primele scutece care au introdus un astfel de polimer au fost ***Pampers.*** Aceste scutece nu permiteau scurgerile și păstrau pielea sugarului mai uscată decât scutecele simple cu celuloză sau cele de pânză, deoarece urina era reținută în interiorul scutecului chiar și atunci când sugarul stătea în șezut. De asemenea, Procter & Gamble a patentat o celuloză tratată special, ce a crescut semnificativ viteza de absorbție a urinei în cazul scutecelor Pampers.

Ultima inovație majoră în materie de scutece de unică folosință o reprezintă introducerea scutecelor ***Pampers Extra Dry,*** care lasă pielea să respire. Acest nou tip de scutec de unică folosință a fost lansat pe piața românească în 2001. Stratul exterior al scutecelor Pampers are milioane de micropori, care lasă aerul să circule, astfel încât pielea copilului este în permanență aerisită. Scutecele Extra Dry sunt, de asemenea, prevăzute și cu benzi cu balsam (pe bază de petrolatum și Aloe Vera). Datorită mișcării și căldurii corpului, balsamul este transferat pe pielea copilului sub forma unui strat protector uniform, formând o barieră împotriva umezelii. Balsamul este non-ocluziv (nu împiedică pielea "să respire"). Cu noul Pampers s-au constatat reduceri semnificative ale iritațiilor și eritemelor pielii la nivelul feselor și al organelor genitale. De asemenea, s-a observat o îmbunătățire semnificativă a catifelării pielii prin reducerea considerabilă a asperității.

De-a lungul timpului scutecele de unică folosință au devenit tot mai subțiri, mai ușoare și mai eficiente. Un scutec cântărește astăzi aproximativ 50 g, iar polimerul superabsorbant poate reține o cantitate de lichid de câteva ori mai mare decât propria-i masă.

Schimbarea la timp a scutecului și îngrijirea pielii vor duce la reducerea riscului apariției dermatitei de scutec. Astăzi folosirea scutecelor cu material superabsorbant este considerată cea mai eficientă modalitate de prevenire a dermatitei de scutec.

Scutecele ***Pampers EXTRA-DRY*** dețin o serie de caracteristici unice (fig. 2.36).

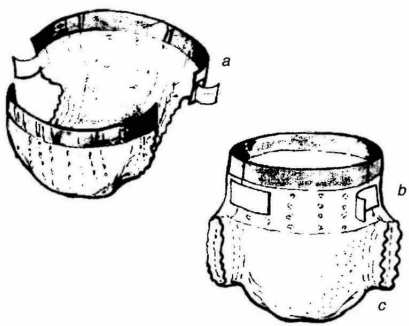


Fig. 2.36 - a - banda moale pentru talie; *b* - banda adezivă de închidere; *c* - pliurile din jurul picioarelor; 6 - straturi interioare.

Pampers, cu o putere mare de absorbție, protejează pielea sugarului împotriva umezelii reținând o cantitate de 16 ori mai mare decât greutatea scutecului.

Stratul superior are suprafața extrem de fină. El îndepărtează de pe pielea sugarului urina care este absorbită în stratul imediat următor.

Scutecul ***"Pampers"*** posedă astfel un sistem de absorbție și retenție format din două straturi.

Stratul de absorbție care posedă o structură specială permițând absorbția urinei pe toată suprafața scutecului și transmiterea stratului de retenție. Acest compus dintr-un amestec superabsorbant (poliacrilat reticulat netoxic care absoarbe urina și o aduce la o valoare aproape neutră a pH-ului) și celuloză.

Stratul exterior constă dintr-un material polietilenic moale, impermeabil, rezistent la apă, păstrând urina în interiorul scutecului (fig. 2.37).

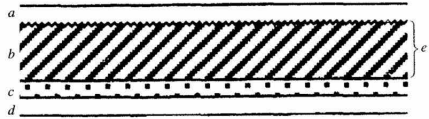


Fig. 2.37 - a - stratul superior; *b* - strat de absorbție; *c* - strat de retenție; *d* - strat exterior; *e* - sistem dublu.

Datorită caracteristicilor amintite mai sus și schițate în figurile 2.36 și 2.37, scutecele de unică folosință tip ***"Pampers"*** îndeplinesc unele deziderate ca:

a) previn unele din bolile pielii din zonele organelor genitale și feselor în primul rând a "dermatitei" de scutece; *b)* reduc frecvența infecțiilor căilor urinare (mai ales la fetițe); *c)* previn și corectează formele ușoare de displazie congenitală de șold; *d)* se găsesc în mărimi diferite care se ajustează perfect corpului sugarului; *e)* economisesc timpul mamelor alocat schimbării și înfășatului sugarului și copilului mic.

Ca dezavantaje putem aminti: costul de cumpărare mai ridicat comparativ cu scutecele de pânză.

Scutecele de unică folosință ***EXTRA-DRY*** sunt accesibile în mărimi care variază în funcție de greutatea sugarului și copilului mic:

- Mini - pentru greutate de 3-6 kg;
- Midi - pentru greutate de 4-9 kg;
- Maxi - pentru greutate de 7-18 kg;
- Maxi Plus - pentru greutate 9-20 kg;
- Junior - pentru greutate de 12-25 kg.

Pe ambalaj este imprimat modul de folosire și în limba română.

2.4.6. *Alte obiecte din trusoul sugarului*

Pe lângă scutecele amintite mai sus sugerăm ca trusoul copilului să fie completat cu:

• **6 cămășuțe cu mâneci** din material moale și subțire (indian, finet, pânză albă din bumbac). Se preferă cele din bumbac. Pentru sugarul mare și copilul mic se aleg materiale colorate.

• **Cămășuțele cu mâneci scurte, tricourile și bluzele** cu mâneci scurte se folosesc vara. Sunt necesare 4-6 bucăți.

• **Pieptărașele** (în număr egal cu cămășuțele). Cămășuțele se încheie în față sau pe unul din umeri, iar pieptărașele în spate, în așa fel ca pieptul și spatele să fie acoperite.

Bodys (din limba engleză "corp") constă dintr-o combinație de cămașă (de cele mai multe ori cu mânecă scurtă) cu chiloți scurți, care se încheie fie între coapse (sugarul mic), fie în față (copilul mai mare) cu capse sau cu nasturi îmbrăcați în pânză. Sunt foarte practici. În timpul verii, sugarul poate fi "îmbrăcat" numai cu "Pampers" și cu bodys fără mâneci sau cel mult cu mâneci scurte. Sunt necesare șase bucăți.

• **Trei perechi de salopetă-pantaloni** ("Ștrampi" de la Strampelhosen). Trebuie să se potrivească la forma și dimensiunile corpului. Dacă sunt prea mari nu țin de cald, iar în cazul că sunt mici stânjenesc libertatea de mișcare și confortul sugarului.

Când sunt confecționate din material frotir (ca prosopul plușat) sunt prea călduroase. În anotimpurile calde se folosesc numai salopete din țesături cu bumbac mercerizat (mai subțire) sau pantalonași scurți.

• **Ace de siguranță.** Aceste ace se folosesc la scutecele din țesături. Au un dispozitiv care împiedică orice deschidere accidentală. Se procură o duzină.

• **Chiloții intermediari,** frotir, au forme diferite. Se pun pe deasupra scutecelor din țesături pentru a împiedica murdărirea îmbrăcămintei și a lenjeriei.

Practice în *lunile de iarnă* sunt: *un sac sau un costumaș pentru cărucior sau o salopetă. La cei mai mari se poate folosi o canadiană îmblănită* și cu glugă.

• O **bonetă** din bumbac sau diftină. Boneta din garnitura pentru plimbare nu trebuie să fie nici prea mare și nici groasă. În timpul iernii, pentru a-l apăra de aerul rece, se adaugă încă o bonetă de bumbac sau o căciuliță de lână. În zilele călduroase de vară copilul nu va purta bonetă, ci o pălăriuță de soare. În casă nu este necesară boneta.

• **O pereche de mănuși fără deget** sunt necesare numai toamna și iarna.

• **Botoșei.**

2.4.7. *Schimbatul scutecelor*

Emisia materiilor fecale (scaunelor) trebuie urmărită cu atenție de către părinți. Digestia bună este însoțită de emisia de scaune omogene, regulate, constituind unul din criteriile de bază în urmărirea stării de sănătate a sugarului.

Scaunele sugarului alimentat la sân se deosebesc de cele ale celui alimentat cu biberonul. La sugarul alimentat natural mama nu trebuie să-și facă probleme în ceea ce privește numărul, consistența și chiar culoarea scaunelor. În mod obișnuit, în primele săptămâni și chiar luni de viață, la fiecare schimbare, mama găsește pe scutece o pastă galben-aurie sau verzuie, cu miros acrișor, cu consistență foarte variată de la grunjoasă până la o pastă consistentă, compactă. Pe de altă parte, nu rareori se întâmplă ca un sugar să nu aibă în decursul unei întregi zile nici un scaun. Înseamnă că laptele de mamă este digerat și folosit la maximum, fără reziduuri.

Sugarul hrănit cu biberonul ("artificial") "murdărește" scutecul de 2-3 ori pe zi; scaunele sunt mai închise la culoare, galben-fumuriu până la clar-cenușiu, ca o pastă, bine formate. Aspectul și culoarea sunt în funcție de felul alimentației. Sugarii care sunt hrăniți cu preparate adaptate (cele europene au prefixul pre-), Morinaga (Japonia), Similac (SUA) etc. au materii fecale asemănătoare cu cele emise de sugarii alimentați la sân. În momentul în care se introduc și alte alimente pe lângă lapte, scaunele se colorează în funcție de fructele sau zarzavaturile introduse (morcovi - în cărămiziu, spanac - în verde închis, banane - mai închis etc.).

Când și cum se schimbă scutecele? Sugarul va fi schimbat la fiecare masă, de cinci până la șase ori pe zi, la intervale de 3-4 ore. La fiecare alăptare mama va controla dacă scutecele sunt murdare sau umede. În caz că este "curat", cu scutece curate și uscate, iar pielea nu este iritată, nu se schimbă scutecele. De aceea, numărul schimbărilor variază după sugari și nu este același în fiecare zi. În orice caz, scutecele trebuie schimbate în fiecare zi, de cel puțin trei ori: când sugarul se trezește dimineața, după baie și când este pus în pat. Dacă este ud sau murdar, însă, va fi schimbat des. Este cea mai bună măsură de a preveni opăreala. La sugarii înfășați cu scutece "superabsorbante" (Pampers), schimbarea se poate face mai rar, nu după fiecare micțiune. La sugarii care regurgitează, se mișcă sau adorm după supt, se preferă schimbarea înainte de a fi alimentați. Uneori sugarul înfășat plânge, se zbate și schimbarea scutecelor devine dificilă. La această categorie și la cei care au scaun în timpul alăptării, schimbarea scutecelor se face după masă. În general, înfășatul postprandial (după supt) nu provoacă vărsături dacă sugarul nu este brutalizat. Sugarul trebuie înfășat în stare de veghe.

Între mese și în timpul nopții sugarul trebuie ținut în scutece curate, mai ales când are o piele sensibilă (blonzii mai ales), dacă are o rană în zona șezutului și/sau organelor genitale și dacă se simte un miros suspect.

La schimbarea scutecelor, controlați dacă pielea are nevoie de o curățire și de îngrijiri speciale. Dacă scutecele sunt numai umede și pielea copilului este sănătoasă, roză, îl lăsați câteva minute gol, la aer, pentru ca umezeala să se usuce. Înainte de a-l înfășa cu scutece curate puteți să-i pudrați popoul. Dacă sugarul este predispus la răni (roșeață, crăpături etc.), spălați-l cu apă călduță, deoarece la sugarii sensibili, urina poate să irite pielea.

Dacă fundul este deja roșu, aplicați în strat subțire o cremă calmantă. La schimbarea ulterioară curățați fundul sugarului cu o vată înmuiată în ulei obișnuit (de floarea-soarelui) sau cu un șervețel de celuloză de resturile de cremă și lăsați sugarul să dea din picioare) ("să pedaleze") o perioadă mai lungă fără scutece sau chiloți ("băi de aer"). Nu mai trebuie să dați din nou cu ulei și nici să aplicați la sfârșit o cremă.

Dacă sugarul s-a murdărit rău cu materii fecale, spălați zona respectivă cu apă și săpun și nu cu ulei. Îndepărtați la început murdăria cu un colț de scutec sau cu un șervețel de celuloză, apoi puneți fundul copilului într-un vas cu apă călduță și spălați-l cu mâna sau cu o cârpă de spălat curată.

Înfășatul corect. În prezent se folosesc, spre deoseboire de trecut, metodele care asigură o poziție naturală și o mișcare liberă a picioarelor. În timpul înfășatului mama poate descoperi unele anomalii ale șoldurilor. Un scutec bun trebuie să aibă putere de absorbție a umezelii și să asigure o aerisire a pielii. Căldura și umezeala favorizează dezvoltarea microbilor, care duc la răni ale pielii.

Astăzi aveți posibilitatea de a alege orice fel de scutece pentru oricare metodă de înfășat. Mama va folosi metoda care i se pare mai ușoară. Pe parcurs se va putea schimba metoda de înfășat pentru a re-

zolva situaţiile ce apar (roşeaţă, crăpături, nevoia de mişcare etc.).

Alăturat sunt schiţate două metode de înfăşat.

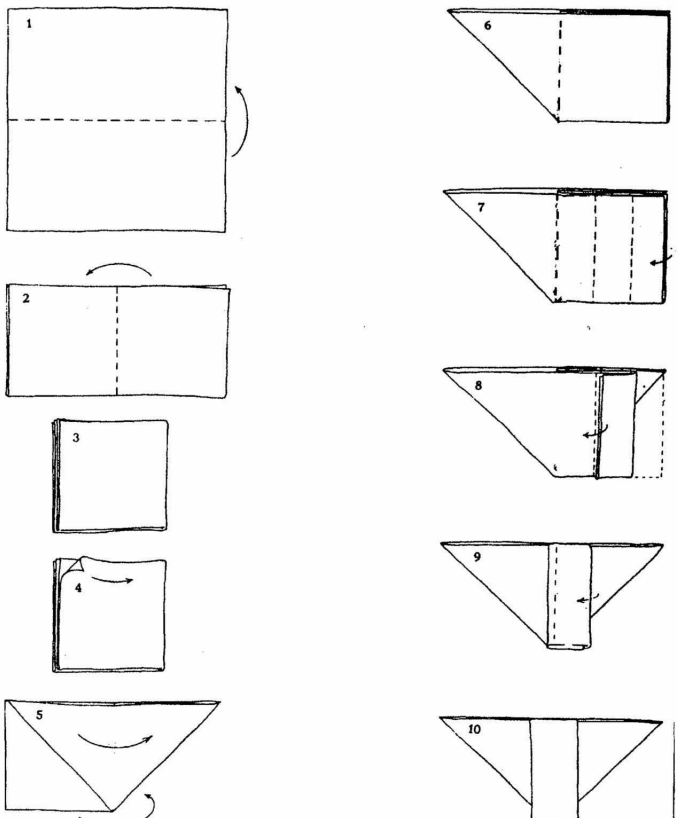


Fig. 2.38 - Îndoirea (plierea) scutecului cu "triplă grosime". *1* - Îndoiţi scutecul pătrat în două aducând jumătatea de jos peste cea de sus; *2* - Dreptunghiul cu 2 foi se îndoaie spre stânga; *3* - Rezultă un pătrat cu 4 straturi; *4* - Marginile libere ale acestui pătrat sunt la stânga; *5* - Trageţi colţul de sus din stânga al primei foi şi o duceţi la dreapta; *6* - Rezultă un scutec cu 4 foi în dreapta - sus şi 2 foi la stânga cu colţul în triunghiuri; *7* - De la dreapta spre centru suprapuneţi două foi pe jumătatea bazei; *8* - Redublaţi acest plan; *9* - Adăugaţi un scutec de protecţie şi pregătiţi un ac de siguranţă; *10* - Rezultă un triunghi cu vârful în jos şi cu o întăritură la mijloc. Se fixează cu ace de siguranţă.

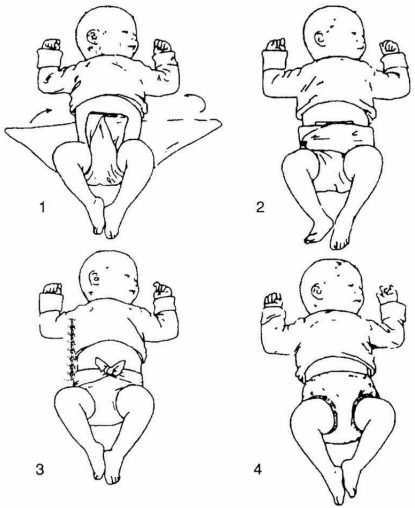


Fig. 2.39 - Înfăşatul cu scutece ţesute. *1* - Strecuraţi încet marginea de sus a scuteculuí triunghiular îndoit (fig.2.38) până la centura sugarului. Urcaţi colţul de jos printre coapsele copilului lui, pe burtă şi în timp ce-l fixaţi cu mâna îndoiţi părţile laterale una peste alta; *2* - Colţurile de sus ale scutecului se vor fixa cu o bandă de lipit, fie cu un ac de siguranţă special (la copilul mai mare cu 2 ace). Dacă se fixează cu ace puneţi degetele voastre între scutec şi piele; *3* - Pentru apărarea împotriva umezirii sepune o folie subţire din plastic care se fixează cu o fundă; *4* - În locul foliei din plastic se pot folosi chiloţi impermeabili.

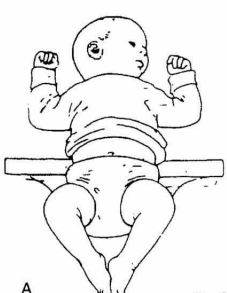


Fig. 2.40

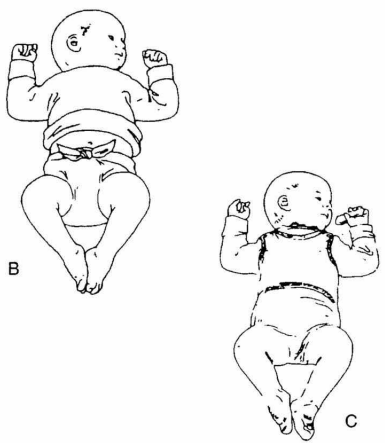


Fig. 2.40 - Înfăşatul nou-născutului (n.n.). *A* - La n.n. partea de sus a scutecului se va fixa înapoi, sub spate; *B* - Marginile de sus ale foliei se trag în faţă peste burtă şi se face fundă; *C* - Cu o salopetă pe deasupra este bine îmbrăcat.

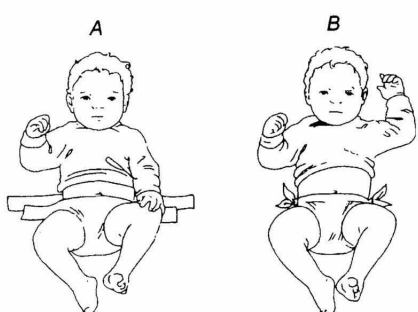


Fig. 2.41 - Înfăşatul sugarului mare. *A*. Folia se trage mai sus până deasupra buricului; *B*. Colţurile foliei se fixează lateral, legate cu câte o fundă. În loc de folie se poate folosi, cu mai mult folos, chilotul absorbant (Pampers) sau un scutec-pantalon cu material absorbant (celuloză etc.) la mijloc, iar în loc de cămaşă va fi îmbrăcăt cu "body" (combinaţie de cămăşuţă şi chiloţi, încheiată cu capse).

2.4.8. *Pentru îmbrăcat*

Foarte influențată de modă, îmbrăcămintea are ca scop esențial să evite răcirea. Trebuie să fie practică, potrivită cu condițiile climaterice și să asigure mișcarea liberă a articulațiilor. Obiectele de îmbrăcăminte pentru sugar și copilul mic trebuie să fie ușor de îmbrăcat și dezbrăcat. Necazurile mamei vor fi evitate dacă se folosesc obiectele cu spatele mai lat și cu mâneci largi. În alegerea lucrurilor de îmbrăcăminte se vor respecta câteva reguli:

– nu se folosesc cămășuțele și pieptărașele al căror gât este împodobit cu panglici sau șnururi, care pot strangula copilul;

– se evită lâna cu fire lungi de angora deoarece copilul poate inhala părul;

– îmbrăcămintea din lână pură este iritantă pentru pielea copilului;

– se va verifica dacă obiectele de îmbrăcăminte nu sunt inflamabile;

– se vor folosi *țesături de origine vegetală* (bumbac, in), *animală* (lână), *artificială* (fibre de lemn - celuloză, mătase artificială, fibre artificiale), *sintetice* (tergal, crylor, nylon etc.). Textilele sintetice sunt practice, se spală fără a se fierbe și nu se calcă. Din păcate, adesea ele sunt prost tolerate de pielea fragilă a sugarilor.

Cămășuțele, pieptărașele, bonetele, pantalonii și batistele se confecționează din țesături de bumbac. Este important să se consulte eticheta care precizează condițiile de spălare și de întreținere.

Se evită îmbrăcămintea care se bagă pe cap pentru că nu este practică. Cămășuțele cu mânecă se bagă unele în altele, apoi se bagă trei degete în mâneca dreaptă și se apucă cu ele mâna copilului. Se procedează în același fel cu mâneca stângă. În acest mod se evită să se răsucească degetele sugarului.

Reamintim că temperatura și climatul influențează modul de îmbrăcat al copilului:

– *pe timp cald,* sugarul va fi îmbrăcat cu "body" sau cu o cămașă de bumbac cu mânecă scurtă și cu un chilot de bumbac absorbant (Pampers);

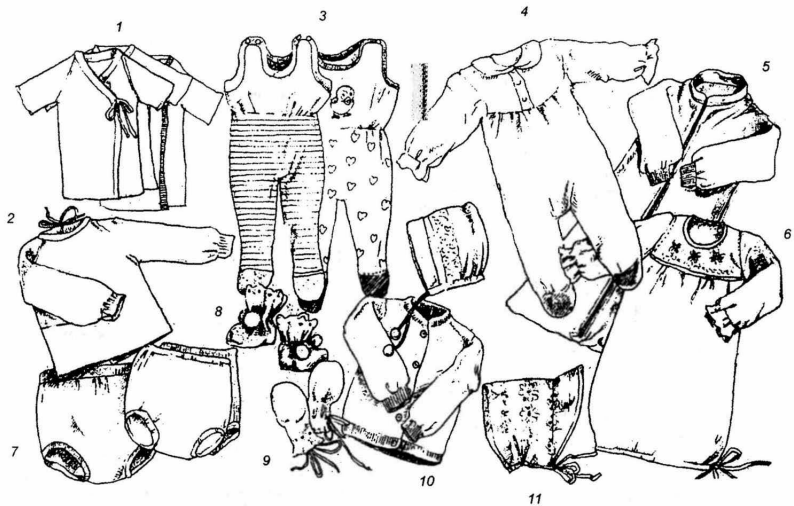


Fig. 2.42 - Obiecte pentru îmbrăcat. *1* - Cămășuțe; *2* - Jacheta; *3* - Salopeta-pantalon; *4* - Costumaș; *5* - Sac de dormit; *6* - Cămașă de noapte cu cordelușe; *7* - Chiloți sau pantalonași din frotir; *8* - Botoșei de lână; *9* - Mănuși fără deget; *10* - Garnitură pentru plimbare cu căciuliță; *11* - Căciuliță (bonetă) de bumbac.

– *pe timp rece* va fi îmbrăcat cu "body" sau cu o cămaşă de bumbac fin încheiată la spate, peste care se pune o jachetă (cămăşuţă cu sau fără mânecă) din finet, un scutec-chilot (de preferat Pampers), un chilot lung cu picior (ciorap-pantalon) din lână sau cu salopetă;

– *pe timp intermediar* se suprimă jacheta din finet. Ciorapul-pantalon din lână va fi înlocuit cu o îmbrăcăminte identică dintr-un amestec de lână cu bumbac sau din doc subţire.

2.4.9. *Pentru dormit*

• **Somiera** trebuie să fie perfect orizontală şi solid construită.

• **Salteaua** trebuie să fie relativ solidă, dar nu prea tare pentru a asigura o creştere şi o formă normală a coloanei vertebrale a copilului. Trebuie să fie perfect orizontală şi să se adapteze perfect la contururile patului pentru a se evita crearea unui interstiţiu periculos. Poate fi umplută cu Seegras (iarbă de mare), fire de cocos, păr de animale. Saltelele din nylon prezintă avantajul de a putea fi spălate cu o soluţie dezinfectantă. Saltelele învelite în întregime cu plastic măresc transpiraţia copilului şi predispun la alergii ale pielii.

• **Cearşafurile** pentru patul copilului se confecţionează din bumbac, frotir sau jerseu. Sunt practice cearşafurile-plic, care nu fac cute şi nu se cocoloşesc; acestea se folosesc mai ales după ce copilul se deplasează de-a buşilea sau în patru labe. *La început este nevoie de trei bucăţi,* de mărimea saltelei. Peste cearşaf se pune un material impermeabil. Sunt recomandabile feşăturile din molton de diferite măsuri. Sunt necesare două pături, una pentru coşuleţ sau pat şi una pentru cărucior.

• **Perna** nu este indicată la sugar şi copilul mic.

Pentru copilul care se naşte în timpul verii se foloseşte o pătură din bumbac sau din lână subţire. La început sunt suficiente trei bucăţi. O plăpumioară - se alege cu multă grijă, din material moale şi uşor, tot lavabil, de mărime potrivită (80 x 80 cm la început), de culoare albă, cu imprimeuri viu colorate şi, dacă este posibil, să fie prevăzută cu şireturi sau panglicuţe cu care se fixează la marginea patului.

• **Doi saci de dormit pentru noapte.** Copilul are nevoie de mişcare: dă din picioare, se întoarce, îşi schimbă poziţia, iar cu vârsta începe să se deplaseze prin tot patul. Sacul permite libertatea mişcărilor şi acoperirea corpului. În funcţie de temperatura din cameră se pot confecţiona din finet, bumbac tricotat, molton sau prosop-frotir. Pentru vară se folosesc numai saci confecţionaţi din materiale subţiri. Se va acorda o atenţie deosebită în ce priveşte dimensiunile care să nu fie nici prea strâmte, dar nici prea mari.

• **Sacul de dormit matlasat** este indicat când copilul doarme afară sau este plimbat în anotimpul friguros. Se foloseşte la sugarul mare şi copilul mic, care se mişcă mai mult. Repetăm, se foloseşte numai când copilul este expus frigului (camere răcoroase, anotimp rece). Atenţie la folosirea aşa-ziselor "pături de siguranţă" sau de dormit care se leagă de marginile patului. Sugarul şi copilul mic se mişcă fără să aibă o perfecţionare a motricităţii. Copilul mic mai ales trebuie să fie îmbrăcat corect. Trebuie să i se asigure libertatea de mişcare şi să nu fie forţat să stea întins în pat. S-a întâmplat ca folosirea incorectă şi nesupravegheată a copilului introdus în sacul de dormit să-i permită să se încurce în şnururi sau panglici şi să se sufoce.

În primele luni de viaţă sugarul poartă aceeaşi îmbrăcăminte atât ziua cât şi noaptea.

2.4.10. *Întreţinerea scutecelor*

Scutecele trebuie spălate foarte bine pentru a elimina orice urmă de amoniac şi a distruge microbii din scaune, surse de iritaţii şi de infecţii ale pielii. În prezent se vând produse bactericide care uşurează mult munca mamei. Mai întâi scutecele se clătesc într-o baie sterilizantă pe o durată de timp precizată în modul de întrebuinţare. Scutecele îmbibate cu urină se clătesc cu apă rece, se zvântă şi apoi se scufundă într-unul din recipiente. Scutecele murdare se curăţă de materii fecale, care se aruncă, se clătesc şi se scufundă într-un alt lighean (altul decât pentru scutecele cu urină) sau în maşina de spălat de unde se scot după ce se scurg în timpul prevăzut.

Pentru spălat se folosesc de preferinţă *fulgi de săpun pur.* Se evită detergenţii de proastă calitate, care ar irita pielea. Dacă se foloseşte un produs care să înmoaie feşăturile care au devenit aspre, scutecele (şi lenjeria în general) se vor clăti bine, deoarece aceste substanţe,

indiferent ce spun fabricanții, pot provoca înroșirea pielii. Fierberea se recomandă numai dacă sugarul are o infecție a pielii sau scutecele sunt pătate și/sau au devenit cenușii. Dacă se folosesc bactericide, rufele se spală și se clătesc cu apă caldă. Scutecele colorate nu se înmoaie în baie bactericidă, deoarece s-ar decolora.

Celelalte rufe (cămășuțe, pieptărașe, bonete, cearșafuri, salopete etc.) se spală normal.

Planificare. Cum s-a spus mai sus este bine să se asigure o bună aprovizionare cu scutece și celelalte obiecte de înfășat sau îmbrăcat. Se procură două recipiente din material plastic. Se aleg ligheane sau găleți solide, cu capac și mânere și suficient de adânci pentru a conține, pe lângă apă, cel puțin șase scutece. Se evită obiectele de dimensiuni mari și/sau grele, greu de transportat. Dacă nu se găsesc articolele dorite, se va recurge la găleți obișnuite.

Întreținerea chiloților impermeabili. Când sunt uzi sau pătați se spală cu apă caldă, adăugând în apă puțin din lichidul folosit pentru veselă. Plasticul devine inutilizabil dacă se folosește o apă prea caldă sau prea rece. Se pun apoi între două rufe uscate. Pentru a le face suple se trec printr-un storcător împreună cu prosoape din țesut spongios (burete).

Cum se înlătură scutecele de unică folosință. Se aruncă schimbul complet, inclusiv ambalajul de plastic. În caz de portscutece sau scutec-chilot se aruncă numai pernița. Scutecele de unică folosință nu se aruncă niciodată în closete pentru că sifonul le-ar opri și WC-ul s-ar înfunda. De aceea, după ce se curăță de materii fecale, se zvântă și se închid într-un sac-pubelă. Sacul se leagă bine.

Câteva sfaturi:

• Mirosurile dezagreabile se înlătură atârnând cu o panglică un bloc deodorant la fiecare vas în care se înmoaie rufele.

• Pulberea bactericidă sau de detergent se pune în lighean înainte de a turna apa, altfel aceasta se va dispersa și va fi inhalată de mamă.

• Scutecele de unică folosință provenite de la sugari cu diaree sau cu infecții cutanate se ard.

• **Uscarea lenjeriei.** Rufăria bine stoarsă este întinsă la uscat, de preferință la aer și soare, pe sârme montate special pentru acest scop, care se șterg înainte de a se așeza rufele. În casele în care nu se poate beneficia de un spațiu cu expunere la aer se vor usca după posibilități, dar niciodată în camera copilului. Uscarea în aer liber înmoaie rufele, în timp ce radiatorul le înăsprește.

• **Călcatul. Presatul.** Înainte de a trece la călcat se verifică lenjeria și se repară obiectele care sunt rupte. Călcatul asigură sterilizarea rufăriei și îi dă un aspect plăcut. În colectivități, această operație poate fi înlocuită prin presare. Lenjeria presată este mai moale decât cea călcată cu fierul, în schimb călcatul prezintă avantajul că sterilizează. Îngrijirea lenjeriei trebuie făcută întotdeauna cu minuțiozitate. Nici o infirmieră de spital sau de colectivitate de copii sănătoși și nici o mamă, la domiciliu, nu trebuie să devină superficială în această problemă, deoarece orice neglijență poate să aibă urmări grave pentru sugari (diarei de origine infecțioasă, piodermite, hepatită epidemică etc.).

• **Obiectele de lână** se spală separat, cu apă călduță și săpun, clătindu-se tot cu apă călduță; nu trebuie frecate și nici stoarse. După cel de-al doilea clătit țesătura de lână se pune într-o cârpă de bumbac și se stoarce ușor strângând totul în formă de sul. Apoi se întind la aer, însă nu direct la soare sau lângă sobă.

• **Mușamalele.** La fiecare schimbat se șterg cu un scutec umed curat și apoi uscat. La două zile mușamaua se schimbă, se spală bine cu apă și săpun sau cu detergenți și se usucă.

2.5. **Alimentația**

În ultimele decenii s-au înregistrat progrese mari în dietetica infantilă.

S-au dobândit noțiuni noi asupra fiziologiei nutriției și s-au realizat progrese extraordinare în industria alimentară (îndeosebi în ceea ce privește produsele dietetice pentru diferite vârste).

De asemenea, au survenit schimbări mari în modul cum se abordează problema alimentației. În primele

decenii ale secolului al XX-lea, medicii pediatri impuneau orare rigide sugarilor şi mamelor. În acelaşi timp se crease o întreagă alchimie în privinţa modului de pregătire a diferitelor preparate din lapte. Acestea au fost înlocuite cu o concepţie mult mai realistă şi mai firească pornind de la cunoaşterea nevoilor nutriţionale ale sugarului. Rigiditatea concepţiilor pediatrilor din trecut trebuie înţeleasă în funcţie de nivelul cunoştinţelor medicale şi de contextul social al epocii, în care mamele şi medicii erau îngroziţi de numărul mare de sugari care mureau, adesea fulgerător, în urma diareilor acute. La timpul respectiv se punea prea puţin preţ pe cauza infecţioasă a diareilor. Tulburările de creştere şi diareile erau atribuite alimentaţiei defectuoase şi foarte puţin subalimentaţiei şi infecţiei, care sunt în realitate cauzele principale.

Introducerea preparatelor moderne ("lăpturi adaptate", "formule") industriale de lapte şi folosirea frigiderului (şi a celorlalte mijloace de refrigerare şi conservare a produselor lactate) au redus în mare măsură riscurile infecţiilor digestive.

Concomitent s-a înregistrat pe plan mondial un fenomen îngrijorător, marcat prin scăderea vertiginoasă a numărului de mame care alăptau, mai ales în mediul urban. Acest fenomen a fost favorizat de larga accesibilitate la preparatele industriale de lapte destinate să înlocuiască laptele matern. Prin intermediul unor acţiuni largi de educaţie sanitară pentru promovarea alimentaţiei naturale se observă astăzi atât în străinătate cât şi la noi în ţară sporirea numărului de mame care alăptează şi creşterea duratei de alăptare.

Felul alimentaţiei şi morbiditatea[1] la sugar. Cu decenii în urmă, statistica mortalităţii[2] servea drept argument important în sprijinul superiorităţii alimentaţiei naturale faţă de orice alt mod de alimentaţie. Din această statistică rezultă că la sugarii alimentaţi artificial, mortalitatea era de 5-7 ori mai mare decât la sugarii alimentaţi natural. Această constatare era valabilă atât la noi în ţară, cât şi în străinătate.

Astfel, în anul 1874, la München, mortalitatea sugarilor alimentaţi la sân era de 15%, în timp ce a sugarilor hrăniţi artificial era de 75%. La Berlin, în 1887, au murit prin afecţiuni digestive în lunile de vară de 20 de ori mai mulţi sugari hrăniţi artificial decât cei hrăniţi la sân.

[1] Din lat. *morbidus* = bolnăvicios; proporţia de îmbolnăviri.
[2] Din lat. *mortalitas* = mortalitate; proporţia de decese.

Pe baza marilor progrese ale igienei laptelui, dar şi ca urmare a lărgirii şi consolidării cunoştinţelor noastre în domeniul alimentaţiei, măsurile de protecţie pentru sugar au putut fi atât de bine puse la punct, încât în multe regiuni mortalitatea sugarilor alimentaţi artificial abia dacă mai depăşeşte pe aceea a sugarilor alimentaţi natural. De aceea, în momentul de faţă se foloseşte un criteriu mult mai fin, şi anume statistica morbidităţii sugarului. Toate studiile statistice arată că sugarii alimentaţi artificial se îmbolnăvesc mult mai frecvent în primele 4-5 luni de viaţă. Din 8 sugari internaţi în spital, numai unul dintre ei este alimentat la sân (Harnack).

2.5.1. *Alimentaţia maternă (la sân, naturală)*

În afară de unele cazuri bine motivate, este bine să se respecte legile naturii. Se ştie că la orice animal, dezvoltarea optimă este asigurată cu laptele propriei specii.

Laptele şi dragostea de mamă nu se înlocuiesc!

Şi la om, laptele matern garantează o bună dezvoltare a sugarului. Aşa cum s-a văzut anterior (pag. 32) este singura hrană care este adaptată nevoilor nounăscutului şi sugarului. Este laptele care se digeră cel mai uşor, cu o solicitare minimă din partea organismului sugarului. În acelaşi timp este singurul lapte crud care poate fi băut fără pericol, pentru că ajunge direct, curat şi steril, din sânul mamei la sugar. Hrănit exclusiv la sân, sugarul nu va suferi de infecţii intestinale de origine alimentară. Consumat crud, laptele păstrează intact conţinutul în vitamine şi săruri minerale. *Laptele uman conţine o serie de substanţe protectoare (anticorpi, enzime) împotriva unor boli.*

Alimentaţia la sân prezintă şi un alt avantaj mai puţin cunoscut: *permite o adaptare mai uşoară la cantitatea de lapte necesară fiecărui copil.* Acesta poate suge cât simte nevoia. Se pare că din această cauză sugarii hrăniţi la sân îşi sug degetul mai puţin decât cei alimentaţi artificial. S-ar părea că aici intervine şi surplusul de afecţiune şi intimitate care se stabileşte între mamă şi sugar prin actul alăptării.

Involuţia uterină este mult mai rapidă. Alăptarea conferă, se pare, mamei o *protecţie împotriva*

cancerului de sân şi are acţiune contraceptivă (menstruaţia survine mai târziu), *permiţând spaţierea naşterilor* la un interval de 2 ani, optim pentru produsul de concepţie.

Din punct de vedere practic, mama care alăptează *economiseşte multe ore de lucru, griji şi cheltuieli.* Într-adevăr, ea nu sterilizează biberoane, nu calculează diluţii, concentraţii şi adaosuri. Ea nu prepară şi nu fierbe nimic, nu are grijă să-şi procure lapte praf sau să controleze temperatura înainte de a-l da copilului. *Alăptarea constituie*, aşadar, *o mare economie de timp, de energie şi de bani.*

Cea mai neiniţiată mamă învaţă în câteva minute puţinele reguli ale alăptării, pe când pentru însuşirea tehnicii alimentaţiei artificiale, pe lângă îndemânare, este necesară o întreagă "ştiinţă", mereu modificată de progresele actuale ale medicinii.

Pe plan psihoemoţional, alăptarea creează o *legătură trainică cu copilul.* Mama care hrăneşte copilul la sânul său simte în străfundul fiinţei sale că-i dă ceva ce nu-i poate oferi nici o altă persoană şi acesta este un simţământ unic pentru femeie. În noianul de griji, de incertitudini, de dureri, de speranţe şi de trăiri atât de intense şi de împărţite, alăptarea devine pentru o mamă echilibrată o adevărată plăcere, conferindu-i sentimentul şi satisfacţia deplină de a fi mamă.

Emoţiile şi grijile legate de fiecare supt, de-a lungul multor luni, vor pretinde, firește, un mare sacrificiu din partea mamei; ea va fi obligată să renunţe la distracţii şi la o mare parte din libertatea de mişcare în afara familiei. Temerile de ordin estetic nu trebuie să fie niciodată un motiv de a renunţa la alăptare. Volumul ţesutului glandular se va micşora din nou după ce se termină alăptarea.

Cea mai frecventă explicaţie a mamelor care nu alăptează: insuficienţa secreţiei lactate. Apoi vin următoarele motive: contraindicaţiile medicale, refuzul nou-născutului de a suge (mamelon ombilicat, turtit, retractat etc.), crăpături sau abcese ale sânilor, impresia de inutilitate de la perfecţionarea lăpturilor moderne, probleme de estetică a sânilor.

J.B.Jeliffe, specialist american în alimentaţia copilului, afirmă că insuccesul alăptării la sân se datorește mai ales lipsei de convingere, anxietăţii şi numeroaselor ocupaţii ale femeilor moderne, toate cauzele care se interferează cu elementul psihosomatic al evacuării şi reflexului de ejecţie a laptelui. Se ajunge atunci la cercul vicios al unei suiri insuficiente a laptelui, al unui sugar furios, înfometat şi o mamă traumatizată şi speriată că nu are destul lapte.

*
* *

Dintre alte cauze depistate în diverse anchete şi din observaţiile practicienilor se citează:

– Nou-născutul nu este pus să sugă imediat ce a fost născut.

– "Laptele meu nu convine copilului!". Această explicaţie este adesea regăsită în caz de vărsături alimentare provocate în realitate de alte cauze (stenoza pilorului, greşeli în tehnica alăptării etc.).

– "Laptele meu este apătos şi nehrănitor". Această impresie pe care o resimt numeroase mame se datorește comparaţiei pe care o fac cu culoarea şi vâscozitatea laptelui de vacă (mai multă cazeină etc.).

– "Laptele meu este prea tare".

– Tulburările de instalare a lactaţiei normale provocate de greşeli grosolane (introducerea biberonului, cântăriri frecvente şi anxiogene, orarii fixe).

– Sfaturi stupide.

– Dificultăţi din partea copilului.

Una din cauze o constituie lipsa de informare a femeilor atât în timpul sarcinii, cât şi în cursul internării în maternitate.

Folosirea biberonului în primele săptămâni, când nou-născutul nu are putere şi nu "ştie" să sugă, iar secreţia lactată nu este complet instalată, duce aproape în toate cazurile la înţărcarea precoce (nou-născutul nu este pus regulat la sân; nu mai "vrea să tragă din sân"; o parte din lapte rămâne neevacuat, secreţia de lapte scade).

La ieşirea din maternitate, emoţiile şi eforturile fizice pe care le implică revenirea acasă, pot determina adesea o *scădere temporară a secreţiei lactate.* Medicul sau/şi asistenta de familie sunt datori să viziteze frecvent lăuza, să-i organizeze programul, să o sfătuiască în toate problemele. Limitarea eforturilor fizice, păstrarea repausului la pat, evitarea supărărilor şi a exceselor de impresii, alimentaţia corectă şi, mai ales, *angajarea întregii familii în ajutorarea mamei* sunt mijloacele cu care se poate corecta această scădere a secreţiei de lapte. De asemenea este foarte important *să nu se treacă nejustificat la completări cu alte preparate de lapte şi nici la folosirea biberonului pentru a se da completările de lapte sau de ceai.* În astfel de situaţii, mama se va mărgini doar să dea nou-

născutului câteva linguriţe de ceai îndulcit cu zahăr (1/2 linguriţă la 100 ml), între mese, la nevoie, pentru a evita apariţia "febrei de sete".

Sugarul va fi pus des la sân, după un *orar elastic*, în perioadele când este treaz. Dacă acesta nu are putere sau "nu ştie" să sugă, se vor goli sânii prin muls corect, imediat după fiecare supt. Dacă sugarul este liniştit, buzele şi mucoasa gurii nu se usucă, dacă temperatura sugarului este sub 37,6°C (rectal), dacă urinează mai mult de 5 ori în 24 de ore, iar temperatura din cameră nu depăşeşte 22-24°, nu este necesar adaosul de lichide.

Regula generală este de a oferi un singur sân la o masă, pentru a fi complet golit. După opinia noastră, în primele zile şi chiar mai târziu, dacă secreţia de lapte nu este suficientă, *sugarul va fi pus la ambii sâni,* alternând ordinea cu care se alăptează de la o masă la alta.

2.5.1.1. *Tehnica alăptării*

Mama şi nou-născutul trebuie să înveţe, fiecare în felul lui, "tehnica" corectă a alăptării. Orice nou-născut normal execută, după câteva zile de viaţă, mişcările normale de supt. În continuare, mama este datoare să-l "înveţe să mănânce", înţelegând prin aceasta:

– *să prindă mamelonul şi areola;*
– *să-şi găsească singur poziţia corectă a capului, gurii şi nasului;*
– *să nu înghită aer;*
– *să nu adoarmă la sân;*
– *să "termine repede" cu fiecare masă şi*
– *să fie culcat imediat după aceea.*

Uşor de spus, dar greu de pus în practică de multe ori! Unii nou-născuţi par să se fi născut cu foame şi cu "lecţia învăţată", în timp ce alţii au nevoie de câteva zile sau săptămâni până reuşesc să sugă corect. Fiecare copil are de pe acum particularităţile sale şi mama recunoaşte unele manifestări ale "personalităţii".

Ceea ce este sigur şi trebuie întipărit în mintea oricărei mame (şi a întregii familii, care este datoare s-o ajute pe mamă în acest scop) este că, între alţi mulţi factori care influenţează *instalarea, creşterea şi menţinerea secreţiei lactate,* cei mai importanţi sunt:

– *alimentaţia la cerere, inclusiv noaptea;*
– *instalarea mamei şi nou-născutului în acelaşi salon şi punerea cât mai timpurie la sân (2-4 ore după naştere); sistemul se numeşte "rooming-in";*
– *dorinţa şi voinţa de a alăpta;*
– *punerea regulată a sugarului la sân;*
– *starea sufletească şi echilibrul nervos al mamei;*
– *armonia vieţii de familie;*
– *vigoarea şi "priceperea" nou-născutului la supt;*
– *conştiinciozitatea, pregătirea profesională şi energia asistentei de familie;*
– *starea de sănătate a mamei şi nou-născutului;*
– *unele medicamente administrate mamei şi nou-născutului.*

Pentru ca tehnica alăptării să se efectueze corect socotim că trebuie să insistăm asupra câtorva puncte, valabile de altminteri atât la maternitate, cât şi la domiciliu:

a) Ca orice lucru nou, tehnica alăptării trebuie "învăţată" bine de către mamă.

b) Un nou-născut la termen, cu greutate normală, dar care nu suge şi nu înghite când este pus la sân, zile în şir şi la toate supturile, este un copil care poate pune probleme în viitor şi care probabil a suferit în timpul sarcinii şi/sau naşterii.

c) În timpul cât alăptează, lăuza trebuie să fie calmă, să nu i se facă observaţii. Acasă va alăpta singură în cameră, fără "asistenţă" şi "consilieri", care o sustrag, o necăjesc şi îl tulbură pe sugar. Conversaţiile în timpul alăptării sunt interzise.

d) Înainte de a pune nou-născutul la sân, mama se vă spăla cu grijă pe mâini; din timp în timp îşi va curăţa unghiile, în prealabil tăiate scurt. Părul lung ce cade pe umeri va fi ridicat şi strâns cu un batic. Se înlătură sutienul cu care sunt susţinuţi sânii, apoi se îndepărtează compresele sterile de pe mameloane. Cu alte comprese sterilizate sau cu o batistă curată, înmuiate în apă călduţă, se spală mameloanele, areola şi pielea din jur.

Nu se ung sânii cu substanţe grase şi nu se aplică substanţe dezinfectante, care s-au dovedit inutile şi uneori vătămătoare. Soluţia de acid boric, recomandată atâta vreme, s-a dovedit pe de o parte iritantă pentru piele, ducând la formarea de crăpături (fisuri mamelonare), iar pe de altă parte, toxică pentru sugar.

e) Mirosul parfumurilor şi deodorantelor folosite de unele mame face pe unii sugari să refuze sânul.

f) Pregătirea mamei pentru alăptare se face înainte de trezirea sugarului. Dacă este nevoit să aştepte până ce mama este gata de alăptat, el va deveni nervos, nu va prinde bine mamelonul, va înghiţi mult aer, va suge cu întreruperi, fără vigoare sau chiar va adormi la sân. Unii sugari nu vor să sugă dacă sunt treziţi din somn;

probabil nu au senzaţia de foame şi nu şi-au satisfăcut nevoia de somn. Este unul din motivele care a dus la "*alimentaţia la cerere*", singura pe care noi o recomandăm la sugarul sănătos, la domiciliu.

g) Pentru supt se va alege poziţia cea mai confortabilă atât pentru mamă, cât şi pentru sugar. În primele zile, lăuza va alăpta stând în pat, cu o pernă sau o pătură făcută sul sub cap, în aşa fel ca partea de sus a trunchiului să fie puţin ridicată. Mama va sta culcată pe o parte, iar nou-născutul va fi aşezat cu faţa spre mamă, pe unghiul format între braţul şi antebraţul de partea sânului din care alăptează (fig. 2.43).

Fig. 2.43 - Alăptarea în poziţie culcată.

Cu cealaltă mână mama va ţine sânul, introducând mamelonul în gura nou-născutului.

Mai târziu, când mama s-a restabilit, alăptarea se face în poziţie şezând, pe un scaun comod, cu spătar (nu pe marginea patului), sprijinind picioarele pe un scăunel. Sugarul va fi ţinut puţin întors pe o parte, cu capul în unghiul format de braţ şi antebraţ. Capul sugarului nu trebuie lăsat prea mult pe spate, întrucât această poziţie îl împiedică la supt (fig. 2.44).

h) Mama va introduce în gura nou-născutului mamelonul şi areola (dacă aceasta este îngustă, el cuprinde chiar şi o parte din pielea de dincolo de areolă); numai aşa presiunea exercitată de mişcările de supt ale sugarului face să vină laptele prin canalele de scurgere a laptelui (canale galactofore). Dacă presiunea buzelor şi gingiilor se exercită numai pe mamelon, pe lângă faptul că este în mare parte ineficientă ("nu vine lapte"), se pot produce eroziuni sau crăpături la nivelul

Fig. 2.44 - Alăptarea în poziţie şezând pe un scaun cu spătar, sprijinind picioarele pe un scăunel.

mamelonului, care determină durere locală, scăderea secreţiei lactate şi chiar infecţii.

Mama va prinde sânul la marginea areolei strângându-l între degetul arătător şi cel mijlociu, pentru ca nasul sugarului să rămână liber pentru respiraţie (fig.2.45). În acelaşi timp, compresiunea exercitată cu policele (degetul mare) ceva mai sus pe sân ajută la evacuarea laptelui din canalele galactofore.

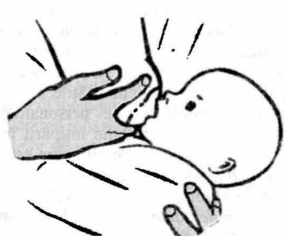


Fig. 2.45 - Mama oferă sugarului sânul cuprins între degetul arătător şi mijlociu, având grijă să nu împiedice respiraţia nazală.

i) În timpul alăptării nu se va îndepărta niciodată sugarul de la sân, pentru ca mama să facă faţă altor solicitări (să răspundă la telefon, să deschidă o uşă etc.). *Smulgerea brutală a sânului din gură poate duce ulterior la refuzul alăptării.*

Dacă nou-născutul adoarme în timpul suptului, înainte de a fi luat cantitatea necesară (după părerea mamei), mama va mişca uşor mamelonul în gura sugarului sau îl va retrage puţin. Dacă nu se trezeşte este bine ca sugarul să fie culcat.

j) Ce se face dacă nou-născutul nu goleşte sânul pentru că se satură prea repede? Dacă este un sugar viguros, care suge la 3-4 ore şi se satură, mama va mulge restul de lapte cu mâna. Dacă sânul nu este golit complet la fiecare supt, secreţia de lapte scade.

k) Când sugarul este prea debil pentru a goli sânul, restul de lapte se mulge cu mâna sau cu pompa într-un vas curat, smălţuit. Apoi se încălzeşte la temperatura corpului şi se dă cu lingurita, cu biberonul sau chiar cu pipeta.

l) Dacă mama crede că pentru a avea lapte la masa următoare este bine să-i dea un biberon sugarului, ea se înşeală. Cu timpul, lipsind stimulentul fiziologic (golirea regulată a glandelor mamare), secreţia lactată se va micşora.

m) Pentru sugar este important ca la alăptare să fie: în stare de veghe, flămând, uscat (schimbat), înfăşat corect şi comod (nu prea strâns, nu prea gros, dar nici prea uşor), să aibă o poziţie corectă la sân.

n) După a 10-a - a 15-a zi de viaţă, prelungirea suptului peste 15 minute (cel mult 20 de minute) obosește pe mamă şi duce la rănirea mamelonului. Sugarul îşi formează deprinderea de a adormi ori de câte ori este pus la sân; după ce trage câteva minute din sân adoarme; la încercarea de a-l pune în pat se trezeşte, începe să ţipe, iar dacă este pus la sân trage de câteva ori şi adoarme din nou. Se creează un cerc vicios care duce la micşorarea secreţiei laptelui, la subalimentarea sugarului şi la dereglarea programului supturilor.

În primele 5-10 minute sugarul suge cantitatea cea mai mare de lapte şi goleşte sânul în 10, cel mult 15 minute. După aceea, el suge numai pentru a-şi satisface nevoia de "a suge" şi plăcerea de a fi ţinut în braţe (şi nu pentru a primi mai mult lapte).

o) Orice rest de lapte se va extrage manual ("se mulge") sau cu o pompă specială după fiecare supt.

p) Nu se va impune un orar rigid al meselor (nu se trezeşte din somn, nu se aşteaptă ora mesei).

r) Între mese nu se va da nou-născutului să bea mult ceai (nu se va îndulci excesiv!) şi nici nu va fi ţinut în braţe.

s) În timpul alăptării mama simte sete, uscăciune a gurii şi o "sfârşeală". *De aceea se recomandă ca înainte, în timpul şi după alăptare, mama să consume lichide, având pregătit dinainte paharul cu lapte, ceai de plante, compot sau apă.*

Eructarea (râgâitul). După supt, nou-născutul va fi ţinut pentru eructare (evacuarea aerului din stomac) şi calmarea colicilor în poziţie verticală, în braţe, cu burta lipită de trupul mamei, de dorit, dezgolit (mama va alăpta cu o rochie ce se încheie în faţă). Compresiunea şi căldura locală a pielii mamei alină durerile abdomenului şi favorizează evacuarea gazelor din stomacul copilului. După ce este ţinut circa 3-5 minute în braţe de către mamă, sugarul va fi culcat pe dreapta. Poziţia pe burtă este contraindicată în prezent, fiind presupusă ca o cauză a morţii subite a sugarului. Unii sugari eructează uşor, alţii numai după câteva minute. Eructaţia poate fi uşurată dacă sugarul este înclinat puţin pe dreapta.

În cursul primelor 2-3 săptămâni este indicat ca nou-născutul să eructeze la fiecare masă, uneori chiar de două ori (o dată în timpul suptului şi a doua oară după supt). Mai târziu depinde de sugar dacă mai este sau nu nevoie de eructaţie. Dacă sugarul nu eructează, aerul înghiţit în timpul suptului poate produce distensia stomacului, provocând sughiţuri, regurgitaţii, vărsături sau colici.

2.5.1.2. *Orarul meselor*

Variază în funcţie de necesităţile specifice ale fiecărui nou-născut. Or, se ştie că există limite mari de variaţii ale apetitului nou-născutului. Durata de evacuare a stomacului variază între 1 şi 4 ore. Pofta de mâncare şi raţia la fiecare masă diferă mult în primele 4-6 săptămâni. De aceea, schema de alimentaţie va fi bazată pe reglarea proprie, de către sugar, a ritmului meselor.

La noi în ţară, ca şi în alte ţări, există în momentul de faţă contradicţii între susţinătorii orarului rigid şi cei ai libertăţii totale în ceea ce priveşte numărul şi intervalul dintre mese.

La noi, în cursul ultimilor 50 de ani, s-a respectat, în general, orarul strict de alăptare, cu 7 mese în 24 de ore (6; 9; 12; 15; 18; 21; 24 şi o pauză de noapte de 6 ore) sau cu 6 mese (6; 9,30; 13, 16,30; 20; 23,30 şi o pauză de noapte de 6½ ore). În ultimii ani unii pediatri susţin să se administreze numai 5 supturi în 24 de ore (la intervale de 3½-4 ore şi o pauză de noapte de 8 ore).

Rigiditatea orarului era altădată o dogmă. Iată ce spunea pediatrul german Degwitz în jurul anilor 1940: "Mamele nu trebuie să devină sclavele sugarului. Sugarul trebuie să înveţe să se stăpânească. Cu ajutorul unui program rigid de îngrijire şi alimentaţie, el este ajutat pe această linie. Rolul sugarului este pur pasiv. El nu mănâncă, ci este alimentat; el nu doarme, ci este culcat". Este bun acest sfat? Nu cumva în această alimentaţie rigidă se găsesc rădăcinile inapetenţei şi reacţiile de negativism ale multor copii? Cu un astfel de program fix şi nefiresc nu intrăm în conflict cu bunul simţ şi observaţiile multor mame?

În învăţământul medical de toate gradele şi în practica pediatrică de toate zilele mulţi au aplicat această concepţie, încercând să insufle mamelor teama de orare libere, găsind motivări psihologice[1]. Printre altele se susţinea că supturile la ore neregulate conduc, în mod sigur, la formarea de copii răsfăţaţi. S-a mers până acolo încât s-a susţinut că în afara orelor de supt, sugarul să nu fie luat în seamă, chiar dacă plânge tot timpul. Majoritatea sugarilor s-au acomodat foarte bine la aceste ore stricte. Au existat şi vor exista însă rebeli la orice reglementare: sugari al căror stomac nu poate să conţină o raţie care să ajungă pentru patru ore, sugari care adorm în timpul suptului, sugari nervoşi sau care suferă de dureri ("colici") intestinale.

Până la instaurarea unei concepţii liberale în privinţa regimului alimentar, nici un medic sau asistentă de ocrotire nu ar fi avut îndrăzneala să susţină să se dea sugarului să bea, nici să sfătuiască pe mamă să-l ia în braţe pentru câteva minute în afara orelor de supt cu toate ţipetele acestuia. Situaţia era dramatică pentru mama conştiincioasă, disciplinată, care - ascultând de sfaturile medicale - se chinuia, forţându-se să-şi învingă dorinţa de a-l linişti pe sugar. Noroc că multe din ele lăsându-se conduse de instinctul matern şi observând caracteristicile propriului copil, încălcau acest program fără nici o autorizare. În deceniul al 5-lea al acestui secol, în Statele Unite, această concepţie rigidă a început să fie treptat părăsită.

Iată ce scrie medicul american Benjamin Spock în celebra sa carte "The common sense book of baby and child": "primele încercări au fost făcute de medicul Preston Mc Lendon în colaborare cu psihologa Frances P. Simsarian, ea însăşi proaspătă mamă. Ei au vrut să ştie ce fel de orar ar adopta Simsarian-junior, dacă ar fi hrănit la sân de fiecare dată când îi este foame. În primele zile nou-născutul s-a culcat la ore destul de neregulate. În momentul "suirii" laptelui (în a doua jumătate a primei săptămâni) s-a trezit şi mai des, de aproximativ 10 ori pe zi. La două săptămâni, el nu mai pretindea decât 6-7 supturi pe zi, la intervale neregulate. Spre vârsta de 10 săptămâni a ajuns singur să ia un prânz la aproximativ 4 ore". Această metodă a luat numele de "regim liber" (sau "la cerere"). De atunci, din 1942, ea a fost din ce în ce mai larg adoptată, spre marea uşurare a părinţilor şi copiilor.

Cum se stabileşte un orar de alimentaţie. La sosirea din maternitate, cei mai mulţi dintre nou-născuţi îşi anunţă foamea din 3 în 3 ore şi numai foarte puţini la 4 ore, de obicei de 6-7 ori în 24 de ore. La început se va încerca alimentaţia după orarul din maternitate, fixat de medicul secţiei de nou-născuţi (deci după programul cu care este obişnuit). *După experienţa noastră, însă, majoritatea vor dori 6-8 mese în primele 4-6 săptămâni de viaţă.* Cei mai mici, cu stomac ce se evacuează mai repede, doresc să mănânce la circa 3 ore. O mare parte se trezesc la miezul nopţii şi la ora 2 noaptea. Sunt puţini nou-născuţi care nu mai doresc încă o masă după miezul nopţii. După noi, cea mai bună atitudine ar fi de a nu trezi nou-născutul la ora 24, ci de a aştepta să se vadă dacă el solicită această masă. În loc să se folosească ceaiul (biberon, încălzire etc.), mai comod şi mai util este să se pună nou-născutul la sân. Cu timpul, sugarul va suge tot mai rar la această oră şi, spre vârsta de 3-4 săptămâni, ajunge singur să nu se mai trezească noaptea, ci dimineaţa. Unii nou-născuţi renunţă mai întâi la masa de la ora 23-24 şi mai târziu la cea de la ora 2.

Nou-născutul sănătos îşi instalează rapid un interval de 3-4 ore între mese ziua, cu o pauză de noapte mai prelungită. În timpul zilei, pauza cea mai lungă este între prima şi a doua masă (mama are lapte din abundenţă). Unele mame se plâng uneori că după masa

[1] De subliniat că marele nostru maestru prof. dr. A. D. Rusescu, contrar opiniei generale, conducându-se după lunga sa experienţă, a fost tot timpul adeptul unui orar elastic în alimentaţia naturală, ineţinând în primele săptămâni şi suptul de noapte.

de dimineață sugarul doarme dus și nu se mai scoală deloc. Credem că atitudinea cea mai bună este ca, de la început, nou-născutul să fie lăsat să doarmă cât vrea între prima și a doua masă. Zicala "copilul crește și cu somn" conține o realitate certă.

Invers, dacă sugarul se trezește mai devreme, între aceste două mese, timp de mai multe zile, chiar dacă i se asigură condiții perfecte de liniște, înseamnă că rația de lapte este suficientă numai pentru intervalul respectiv; dacă intervalul este de 3 ore, se va continua cu acest ritm mai multă vreme, dacă este sub 2½ ore trebuie consultat medicul de copii.

Ritmul de 4 ore, impus obligatoriu după o opinie care și-a făcut adepți în ultimul timp la noi, nu poate fi util la sugarul care este flămând din 3 în 3 ore. În primele luni sugarul înregistrează foamea ca pe o senzație dezagreabilă, la care el reacționează automat prin plâns; dar el tace de îndată ce și-a potolit foamea. *Aceste reacții nu au nimic comun cu răsfățul sau cu încăpățânarea.* După ce sugarul crește va avea mai rar senzația de foame.

Avantajul programului fix de alăptare constă în faptul că oferă mamei un indicator practic pentru orele de alimentație. În plus, ea poate constata mai ușor dacă sugarul plânge de foame sau din alte motive. Acest program o ajută pe mamă la împărțirea timpului, așa că ea își poate planifica alte treburi sau se poate odihni în timp ce sugarul doarme. O împărțire ordonată, dar cu mici variații, a orarului corespunde necesităților sugarului. Mama trebuie să aibă în vedere atât comportarea sugarului, cât și programul ei zilnic de activitate. Sugestia noastră este de a avea ca obiectiv să ajungeți să hrăniți sugarul aproximativ la orele 6-10-14-18-22. La mulți sugari acest orar se stabilește către vârsta de 6 săptămâni, iar la alții după 3-4 luni.

Pentru nou-născuții care nu dorm fără întrerupere 8 ore în timpul nopții se recomandă ca, până la instalarea completă a secreției de lapte și mai ales până când curba greutății începe să crească ritmic, să se mai dea 1-2 supturi intermediare (la orele 24, ori la 2 sau 3 noaptea). După circa 3 luni, dacă sugarul crește bine (peste 800 g pe lună), în timpul nopții se poate da ceai de anason sau de chimen îndulcit cu glucoză (un pachețel de 5 g la 100 ml ceai) sau zahăr (o linguriță rasă la 200 ml). Ceaiul prea dulce îl face pe sugar să-l prefere în detrimentul laptelui de mamă care nu este deloc dulce; de aceea la sugarii care primesc mult ceai, îndulcirea să se facă cu 5 g la 200 ml.

[1] Cifre valabile după ce a "încetat" scăderea fiziologică.

2.5.1.3. *Rația alimentară în prima lună*

– La sfârșitul primei săptămâni de viață nou-născutul suge în medie 200-400 ml/zi;

– ,la sfârșitul celei de a doua săptămâni suge aproximativ 400-550 ml/zi;

– la sfârșitul săptămânii a treia suge 450-600 ml/zi;

– la sfârșitul celei de a patra săptămâni suge 500-650 ml/zi.

Cum se determină dacă mama are lapte suficient. Nou-născuții și sugarii sătui sunt liniștiți și dorm 3-4 ore după supt. *Un alt semn, și mai sigur, este creșterea constantă în greutate cu aproximativ 170-210 g pe săptămână.*[1] *Controlul greutății se va face săptămânal.* Faptul că unii nou-născuți sau sugari sunt mai puțin somnoroși și stau mai mult treji nu înseamnă că nu le ajunge laptele.

Concluzia că nu are lapte suficient nu trebuie trasă numai de către mamă, în funcție de reacțiile sugarului după mese (plâns, agitație, caută sânul, își suge degetele, se liniștește dacă este luat în brațe și este pus la sân etc.). Agitația, colicile, numărul scaunelor, diferențele cantitative ale rației de lapte de la o zi la alta, stagnările în greutate în unele zile nu au nici o semnificație dacă nou-născutul arată bine, iar curba greutății este global ascendentă.

Atât cântărirea zilnică a sugarului, cât și/sau proba suptului după fiecare masă pot duce la scăderea secreției lactate creând o stare de îngrijorare a mamei. Ca reacție imediată se va completa alimentația cu biberonul, ceea ce duce, în perioada de nou-născut, la întârcarea precoce. Dacă este vorba de un nou-născut după vârsta de 21 de zile sau de un sugar care suge viguros și golește ambii sâni, dar nu adoarme după aceea sau se trezește după o oră, este flămând și nu crește în greutate, înseamnă că laptele mamei nu este suficient.

Cântărirea zilnică și/sau proba suptului nevrozează pe unele mame.

Înainte de a ajunge *la concluzia că mama are lapte puțin trebuie excluse unele posibilități* ca: a) erorile în tehnica alimentației; b) oboseala fizică și suprasolicitarea psihică (emoții, supărări) a mamei; c) factori

care țin de nou-născut și care împiedică creșterea lui: boli etc.; d) interpretarea rigidă a cifrelor de creștere în greutate.

Cum se administrează completarea. Dacă sugarul stagnează în greutate și în săptămâna a 3-a de viață sau dacă progresul ponderal săptămânal (după 3 săptămâni de viață) este sub 150 g, suntem nevoiți să introducem un preparat de lapte. Medicul va hotărî preparatul cu care se va completa alimentația. Este de dorit ca, pe cât posibil, să nu se folosească lapte de vacă, ci un preparat de lapte praf, de dorit un produs industrial de lapte "de început" sau "de start" [lapte adaptat ("formula") sau parțial adaptat].

Ce cantitate se adaugă? Medicul pediatru este singurul care va fixa cantitățile. Completarea se va face numai la 1-2 mese din mijlocul zilei (la supturile III și/sau IV), când mama este obosită și secreția lactată scade. În prima zi, la mesele respective se adaugă câte 30 ml după ce a fost ținut 15 minute la sân; în zilele următoare cantitatea se crește tot cu câte 30 ml; în caz că sugarul nu se satură cu simple completări, se vor înlocui 1-2 mese de sân cu un preparat de lapte. Odihna ce se asigură prin înlocuirea acestor supturi face o secreție suficientă pentru celelalte mese (din cursul dimineții și serii). Se continuă în zilele următoare cu aceeași cantitate și se face bilanțul curbei ponderale după 7-10 zile.

2.5.1.4. *Dificultăți de alăptare din partea mamei*

În unele cazuri, alăptarea se izbește, din păcate, de o serie de dificultăți din partea mamei.

Instalarea secreției lactate, așa-numita "suire" sau "furia laptelui", poate provoca o tumefiere (umflare) dureroasă și dură a celor doi sâni. Cantitatea de lapte produsă de glandele mamare este încă destul de redusă. Această stare poate dura mai multe zile la primipare. Sânii întăriți încărcați cu lapte vor fi susținuți cu un bandaj suspensor. O compresă călduță cu alcool diluat (1/3 alcool de 70° și 2/3 apă), aplicată pe sâni cu o oră înainte de supt, aduce câteodată o oarecare ușurare. Această suire a laptelui constituie un semn sigur că va exista lapte din abundență. Măsurile recomandate pentru calmarea durerii și a senzației de apăsare a sânului se vor aplica cu prudență și pentru scurt timp. La nevoie mama poate lua la recomandarea medicului un calmant ușor, pentru a dormi în timpul nopții.

De cele mai multe ori, nou-născutul începe să tragă viguros din sâni și să-i golească, ceea ce duce la scăderea tensiunii lor, la dispariția durerilor și la creșterea secreției lactate. Dacă sânii rămân mici și moi și dacă laptele este în cantitate mică, mama va încerca să stimuleze lactația prin corectarea propriei alimentații (mese mai dese, cu alimente gustoase și consistente și mai ales printr-un consum mai mare de lichide sau fructe) și punerea nou-născutului să sugă ori de câte ori cere, la ambii sâni. *Fiecare picătură de lapte matern este de mare preț pentru sugar, iar perseverența în alăptare poate duce la succes chiar după 10-15 zile.*

Adesea la primipare laptele nu curge decât încet și greu, chiar dacă nou-născutul suge bine. Mai sus am recomandat aplicarea de comprese; expunerea sânilor la lampa de raze ultraviolete timp de două minute, de mai multe ori pe zi, dă de asemenea, uneori, rezultate bune. Dacă nou-născutul suge slab și sânul nu este golit se va evacua laptele manual sau cu pompa, după fiecare supt. Mama are datoria să se menajeze în mod deosebit atât fizic, cât și psihic. La femeile pe care sarcina le-a epuizat și care sunt slăbite ca urmare a travaliului, secreția lactată normală se poate instala complet de abia după 1-2 săptămâni.

O scădere temporară a secreției de lapte poate fi observată la revenirea mamei din maternitate.

– În caz de *mameloane mici,* mai ales dacă este vorba de un sugar neputincios sau capricios, se poate ajunge la eșec total. Sugarul caută să apuce mamelonul, dar nu reușește nici să-l găsească și nici să-l prindă, se enervează, începe să plângă și să întoarcă capul. În astfel de situații, la unele prânzuri, până când nou-născutul devine mai viguros, se vor mulge sânii (cu mâna sau cu pompa).

Mama va învăța corect tehnica golirii sânului: manual sau cu pompa. Datorită mișcărilor de masaj, dar mai ales aspirației puternice exercitată de pompă, mamelonul poate deveni apt pentru alăptare.

De multe ori, mameloanele sunt inegale în ce privește volumul, consistența și forma, așa se explică faptul că mulți sugari sug mai bine dintr-unul din sâni. Nou-născutul va fi pus la sân imediat ce se trezește, înainte de a avea timp să se enerveze; dacă începe să plângă încă de la prima tentativă, mama îl va ține în brațe și va aștepta să se calmeze, înainte de a-l pune din nou la sân, apoi va stoarce cu mâna câteva picături

de lapte pentru a umezi mamelonul şi areola, va comprima areola între degetul mare şi arătător, pentru a uşura introducerea mamelonului în gura sugarului (Vezi şi "Mameloane ombilicate").

Crăpăturile sunt frecvente, survenind în 20% din cazuri. Supturile devin dureroase şi provoacă scăderea secreţiei lactate, insomnie şi nelinişte. Ele servesc de poartă de intrare pentru stafilococi, responsabili de mastite sau abcese ale sânilor. Se pare că sunt favorizate de supturile prea lungi, suptul aplicat exclusiv pe mamelon, o poziţie incorectă a sugarului, frecarea de către îmbrăcăminte, înfofolirea, folosirea prea frecventă a apei şi săpunului. O tehnică bună le poate evita. Gura sugarului trebuie să fie la înălţimea mamelonului. Supturile, mai ales în primele zile, nu trebuie să dureze mai mult de 10-20 de minute. Sugarul nu trebuie să "morfolească" vârful sânului.

Mama trebuie să evite folosirea de dezinfectante puternice, deodorante şi substanţe care usucă (alcoolul, glicerina şi apa de colonie) ca şi talcul, săpunul. Este indispensabil să se usuce bine mameloanele după fiecare supt, la nevoie cu un uscător de păr ("foenul") suflant, cu scopul de a evita orice umiditate reziduală ce favorizează macerația. De asemenea este bine să se evite compresele dublate cu plastic care păstrează umiditatea pe mameloane.

De îndată ce se constată o crăpătură este mai bine să se suprime supturile la sânul dureros şi să se stoarcă laptele la intervale regulate (cu mâna sau cu pompa) şi să se dea sugarului. Dacă sugarul continuă să sugă, durerea va fi atât de vie, încât va determina pe mamă să înceteze alăptarea. Întreruperea temporară a alăptării nu este obligatorie, dar în general este adesea preferată de mame. Din experienţa noastră reiese că unele mame nu au dureri atât de vii şi continuă să alăpteze chiar dacă mameloanele sunt crăpate. Se pare că durerile dispar în câteva minute când se declanşează reflexul de ejecţie a laptelui. Se începe cu sânul nedureros sau mai puţin dureros şi, eventual, se începe alăptarea printr-o extracţie manuală până la obţinerea reflexului de ejecţie şi atunci sugarul este pus la sân. De asemenea se va încerca să se schimbe poziţiile de alăptare cu scopul de a repartiza într-un mod mai echilibrat presiunea de supt pe diferite părţi ale mamelonului.

Unii medici recomandă pomezi cu estrogeni, hidrocortizon şi/sau antibiotice, dar nu sunt întotdeauna eficace.

Multe mame aplică gheaţă pe mameloanele dureroase, înainte de fiecare supt; acest procedeu alină instantaneu durerea. *Este de ajuns să se sfărâme bucăţi de gheaţă care - puse într-o mănuşă de toaletă sau într-o pungă de plastic - să fie aplicate pe zona dureroasă.*

Expunerea la aer liber sau la raze ultraviolete contribuie la vindecarea mameloanelor dureroase. Expunerea directă (şi nu printr-un geam) posedă excelente capacităţi cicatrizante.

Astuparea şi/sau umflarea mamară cu limfangită este cu totul diferită. Sânul se umple repede, se umflă, devine dureros. Pielea este roşie, caldă, iar în general apare febră. Tratamentul constă în golirea în totalitate a glandei mamare cu ajutorul unei pompe electrice.

Este necesar un medicament împotriva febrei (Paracetamol) şi dacă febra persistă peste 24-48 de ore medicul va prescrie antibiotice. Cataplasmele cu apă rece sau pungile cu gheaţă se folosesc ca tratament local.

În *stadiul de abces* febra este foarte ridicată şi se însoţeşte de frisoane şi de transpiraţii. Sânul trebuie golit pentru a se evita astuparea. Antibioticele şi antitermicele sunt indispensabile.

În România şi Franţa există obiceiul de a mulge laptele şi de a-l arunca; sugarul este hrănit câteva zile cu un preparat de lapte adaptat. În SUA şi Germania s-a demonstrat că dacă se continuă alăptarea, în cazul în care mama primeşte antibiotice, nu se întâmplă nimic rău sugarului. Mai mult, dacă se continuă alăptarea, se obţine o vindecare mai rapidă a infecţiei; un sân golit se vindecă mai repede şi cel mai bun mod de a goli sânul este alăptatul. Antibioticele folosite nu trebuie să provoace sugarului vreun efect secundar.

Nodulii. Mamele constată câteodată "noduli" dureroşi în sân. Este vorba de obstrucţia unui canal lactifer, care se datoreşte frecvent unei goliri neregulate a unuia sau mai multor canale sau unui sutien prea strâns. Simpla înmuiere (scufundare) a sânului în apă caldă prin aplecarea deasupra unui vas mare timp de 10 minute, de trei ori pe zi, şi punerea frecventă şi pentru mai multă vreme a sugarului la sân sunt suficiente pentru a rezolva astfel de incidente.

Mameloanele ombilicate. Este vorba de mameloane turtite sau scobite, anomalie destul de frecventă şi care duce adesea la întârcarea precoce a sugarului. Dacă mama nu este speriată de această mică anomalie şi dacă sugarul este viguros se poate ajunge repede la o alăptare

normală. Un sugar înfometat, treaz și sănătos, pus la sân, poate apuca areola între buze, chiar dacă mamelonul este turtit sau invaginat. Simplul fapt de a suge formează vârfurile sânilor pentru a face să iasă în afară mamelonul. Remediile prezentate de unele firme (tetine intermediare etc.) sunt rodul imaginației celor ce le concep și de cele mai multe ori sunt ineficace și nu au ca rezultat palpabil decât oboseala sugarului. În cazul în care numai unul dintre mameloane este plat sau scobit, la fiecare supt se va începe cu mamelonul mai puțin tentant (mic, turtit sau scobit).

Soluția ca mama să se mulgă la fiecare supt este chinuitoare pentru mamă (efort fizic, durere locală, consumare psihică etc.) și, personal, nu o recomandăm.

Durerea și/sau umflarea sânului. De obicei sânii se întăresc când lobulii glandulari care conțin lapte se umplu prea mult. Aceasta nu o deranjează întotdeauna pe mamă, dar poate determina întărirea și turtirea areolei în așa fel încât sugarul să nu mai reușească să cuprindă mamelonul în gură, pentru a-l comprima cu eficacitate. Se stoarce sânul la nivelul zonei pigmentate pentru ca mamelonul să devină mai suplu și să fie cuprins între buzele sugarului fără dificultate. Astfel de tulburări (umflarea, întărirea sânului, durerea, uneori roșeața) apar de obicei spre sfârșitul primei săptămâni. Alteori însă, împăstarea nu se limitează numai la areolă, ci cuprinde întregul sân, care devine umflat, tare, mai cald și începe să se înroșească. După golirea sa rămân încă noduli de dimensiuni variate. Dacă nu se iau măsuri împotriva stagnării laptelui și persistenței nodulilor se ajunge la inflamații redutabile (mastite). În astfel de situații este mai bine ca, în loc de stoarcerea sânilor, să se folosească o pompă cu care să se evacueze laptele rămas după suptul copilului.

În rezumat, după suptul copilului, *pentru a nu se ajunge la fisuri și inflamații se indică următoarele: expunerea la aer de mai multe ori pe zi, timp de 10-15 minute, folosirea unui sutien larg cu conurile secționate sau înlocuirea cu un suspensor sub formă de eșarfă care se trece peste umărul opus, folosirea de lenjerie de bumbac și de rochii subțiri cu deschizătură în față, curățirea mameloanelor de resturile de lapte, schimbarea frecventă a compreselor ce se pun pe mameloane, ungerea cu lanolină, evitarea săpunurilor tari, a alcoolului pur, expunerea 1-3 minute la raze ultraviolete; se recomandă de asemenea, alăptarea mai frecventă (la 2-3 ore) deoarece înfometarea sugarului îl va face să sugă mai viguros, iar prin aceasta lezarea mamelonului se poate accentua.*

False dificultăți. Unele mame dau o interpretare greșită unor fenomene fiziologice.

a) Așa-zisa calitate necorespunzătoare a laptelui (vezi mai sus la cauzele întărcării precoce).

b) Alteori, consistența moale, numărul mai mare sau culoarea verde a scaunelor nou-născutului alimentat natural constituie motivul care determină aprecierea că laptele matern "nu prieste" copilului. Aceasta o face pe mamă (din păcate adesea cu aviz medical) să mai adauge ceva preparate adaptate, lapte de vacă, apă de orez în alimentație, ceai, și adesea se ajunge la întărcare. Trebuie să se știe că sugarul hrănit la sân poate avea scaune foarte variate în ceea ce privește numărul (de la 0 la 7-8 pe zi), culoarea (verzi, galben-aurii, alburii) și consistența (grunjoase, semilichide, "tari").

Criteriul major al aprecierii valorii alimentației naturale (la sân) este creșterea corespunzătoare în greutate. Un sugar întărcat din cauza scaunelor moi va face cu siguranță, mai târziu, tulburări digestive importante.

c) *Hipergalactia* ("am prea mult lapte") impresionează și neliniștește pe multe femei. Ea nu constituie însă un motiv de îngrijorare. Se lasă sugarul să sugă până când se satură și apoi se golește sânul (cu pompa sau prin muls). Dacă sugarul suge prea mult și apar regurgitații frecvente, vărsături sau diaree se va extrage o parte din lapte înainte de a pune sugarul la sân sau se va reduce durata suptului. Dacă laptele se scurge spontan se vor ține mameloanele învelite în vată sterilă, care se schimă des. Sânii se vor spăla cu apă rece, pentru a înlătura resturile de lapte care irită și macerează mameloanele și predispun la infecții. Se va purta lenjerie ușoară. De mai multe ori pe zi se vor face "băi de aer" (mama va sta cu sânii descoperiți).

2.5.1.5. *Dificultăți de alăptare din partea sugarului*

Nou-născuții prea slabi sau prematurii nu pot să sugă, adorm după câteva înghițituri și lasă sânul din gură. În acest caz este necesar mulsul sau utilizarea unei pompe.

Sugarii "leneși" la supt au suferit adesea la naștere (scorul Apgar sub 8); de obicei, ei sunt foarte somno-

lenți. În timpul icterului fiziologic o mare parte dintre nou-născuți sunt mai somnolenți și se alimentează mai greu. De obicei, acești nou-născuți trag de câteva ori din sân, apoi se opresc și adorm. Alimentația lor necesită îndemânare și răbdare.

Nou-născuții la care nașterea a fost prelungită, cei care s-au născut în stare de asfixie (vineți) sau nu au țipat după naștere (ca semn că au suferit) refuză să sugă în primele zile, chiar dacă au o greutate normală. Dacă lezarea creierului nu a fost prea gravă, ei încep să sugă în decurs de câteva zile. După dispariția manifestărilor patologice, acești nou-născuți vor fi puși regulat la sân, mulgându-se apoi laptele rămas. Dacă în creier s-au produs dereglări mari, manifestate în primele zile prin convulsii (înțepenirea totală sau tresăriri ale mușchilor) și/sau cianoză (învinețire în jurul gurii sau a feței, a mâinilor și a picioarelor), nou-născutul va fi pus la repaus total, evitându-se orice efort și făcându-se minimum de manevrări. Se va încerca alimentația cu lapte muls, chiar cu pipeta, cu linguriță și apoi cu biberonul. La nevoie se recurge la alimentația prin gavaj (laptele este introdus cu seringa printr-o sondă în stomac).

Refuzul de a suge. Dacă nou-născutul a supt câteva zile mai mult sau mai puțin bine, iar după aceea refuză dintr-o dată sânul, înseamnă că a intervenit ceva deosebit: *îmbolnăvire sau o greșeală din partea mamei.* Adesea este vorba de o obstrucție nazală printr-un guturai sau de o infecție a mucoasei bucale (*muguet* sau "*mărgăritărel*"). De aceea, la venirea din maternitate nou-născutul va fi protejat de variațiile prea mari de temperatură (camere supraîncălzite, care se deschid direct în afară; diferențe prea mari între temperatura de noapte și cea din timpul zilei etc.); vor fi feriți de contactul cu persoane cu guturai și în general de orice contact direct cu persoanele adulte (nu se vor săruta sugarii!). La nou-născuții care au contractat un guturai se picură în nas cu o pipetă ser fiziologic; în caz de secreții, acestea se aspiră cu o pară mică de cauciuc. Curățirea cu vată sau comprese irită mucoasa nazală și poate determina infectarea ei.

Dintre greșelile mamei care pot duce la dificultăți de supt din partea nou-născutului amintim: *rigiditatea orarului, forțarea nou-născutului să sugă trezindu-l din somn, bruscarea acestuia în timpul suptului, proba suptului, nervozitatea și nepriceperea mamei, administrarea în exces de ceai între mese.*

Cauzele cele mai frecvente ale întârcării precoce la nou-născutul sănătos sunt: lipsa de dorință și de voință de a alăpta din partea mamei; greșeli de tehnică a alăptării; utilizarea biberonului.

Biberonul este dușmanul nr.1 al alăptării pentru nou-născuții care din primele zile sunt hrăniți când la sân, când la biberon. Sugarul, ca orice ființă umană, are tendința la comoditate; or *efortul depus pentru a trage din biberon este de șapte ori mai mic decât cel depus pentru supt!.* Cu timpul, când este pus la sân, nou-născutul țipă sau pur și simplu refuză să sugă. Mamei nu-i rămâne decât soluția de a-și mulge laptele și de a-l da nou-născutului cu biberonul. Ca atare, nu se va folosi biberonul concomitent cu alimentația la sân, decât pentru un motiv major. Orificiul tetinei nu va fi prea mare!

Regurgitațiile și vărsăturile. Prin *regurgitație* se înțelege *eliminarea pe gură de aer și de cantități mici de lapte nemodificat,* la scurt timp după supt. Vărsăturile se deosebesc de regurgitații prin faptul că laptele este adesea modificat (închegat sub formă de grunji mici) și proiectat la distanță, sunt mai abundente și survin de cele mai multe ori la un interval mai mare după masă (cu excepția celor din stenoza hipertrofică de pilor sau din malformațiile esofagului). Regurgitațiile sunt fără nici o semnificație patologică.

Vărsăturile pot fi manifestarea unei boli, dar și dovada unei greșeli în tehnica de alăptare: supra-alimentația, manevrele brutale de îngrijire după ce nou-născutul este alăptat, graba sau nervozitatea mamei în timpul suptului, starea de tensiune nervoasă în familie. Alteori, vărsăturile survin la nou-născuții care sug repede, mult și înghit mult aer *(aerofagie).*

Dacă vărsăturile nu se însoțesc de alte tulburări generale, sunt rare, neregulate, în cantități mici și nu se însoțesc de scădere în greutate se continuă alăptarea. Se va urmări și se va corecta tehnica alăptării.

La apariția bruscă a unor vărsături mai numeroase se suspendă o masă de lapte și se înlocuiește cu ceai, pentru a pune în repaus tubul digestiv. Poțiunile antivomitive și sedative se vor administra numai la indicația medicului.

Să nu se uite că vărsăturile pot fi primul semn al unei îmbolnăviri acute grave: dispepsie gravă, insolaţie, şoc caloric (prin supraîncălzire a camerei), intoxicaţie, meningită etc., sau a unei malformaţii congenitale (stenoza hipertrofică a pilorului etc.).

Falsa diaree. Aşa cum am amintit, mulţi sugari alimentaţi la sân prezintă în primele săptămâni, scaune dese, moi sau lichide, verzi, câteodată explozive. Aceste scaune apar de obicei la fiecare masă. Secundar, pielea din jurul anusului şi organelor genitale devine roşie, iritată, predispusă la infecţii. Dacă sugarul creşte şi are o stare generală bună nu se va lua nici o măsură dietetică sau de tratament medicamentos. Se va cerceta dacă nu este vorba de o supraalimentaţie prin supturi prea prelungite sau prea dese. Se va păstra o igienă riguroasă a pielii. Aplicaţiile locale de pudre sau creme se vor face cu discernământ la indicaţia medicului. *Unguentele cu antibiotice au indicaţii rare.*

Alimentaţia naturală este primejduită în caz de tulburări digestive (diaree-boală), când prin dietele de tranziţie (ceai, apă de orez, supă de morcovi) şi realimentare cu unele preparate de lapte (Humana H, Milupa HN 25 etc.). Nu se întrerupe alăptarea. În astfel de situaţii, se va evacua regulat laptele din sân (prin muls), pentru a menţine secreţia lactată şi se va continua alimentaţia la sân. Din păcate, dietele instituite uneori pentru diarei uşoare sau chiar false diarei sunt la originea multor înţărcări precoce.

Boala hemolitică a nou-născutului. Dacă nou-născutul prezintă o formă de boală hemolitică prin incompatibilitate Rh sau grup sanguin, el poate fi alăptat de către mama sa, deoarece anticorpii care se găsesc - în cantitate mică - în lapte sunt distruşi de sucurile digestive. Contraindicarea alăptării este eronată.

Unele malformaţii ale gurii (gura de lup şi buza de iepure) sau *encefalopatii grave* fac imposibilă alăptarea. Mama este obligată să-şi extragă laptele şi să-l dea nou-născutului cu pipeta, cu sonda, cu linguriţa sau - mai târziu - cu biberonul.

Unii nou-născuţi adorm când sunt puşi la sân. Foamea îi trezeşte însă în momentul în care sunt aşezaţi în pat (mai puţin cald şi mai puţin moale decât în braţele mamei). Alţii, mai înfometaţi, mai vioi, mai viguroşi vor reacţiona cu vehemenţă dacă nu găsesc lapte suficient; ei ţipă, se zbat, îşi sucesc capul în toate părţile, încearcă din nou sânul, se enervează şi reîncep să urle. Dacă sugarul se enervează încercaţi să-l puneţi după câteva minute la celălalt sân, unde laptele poate că vine mai uşor; dacă adoarme, mama va mişca încet mamelonul în gura nou-născutului cu tracţiuni de "du-te-vino", sau va bate uşor cu un deget obrazul sau nasul acestuia.

În nici un caz nou-născutul nu va fi menţinut la sân mai mult de 20-30 de minute. Menţinerea prelungită a sugarului la sân îl face să-şi formeze un reflex de somn la sân şi ori de câte ori va fi pus să sugă va adormi imediat.

Să nu uitaţi că este bine ca orice sugar să ajungă, de la început sau cu timpul, să sugă la intervale de 3-4 ore. Nu veţi reuşi niciodată acest lucru dacă-l veţi ţine în braţe mai mult de o jumătate de oră la fiecare masă. Acestea nu vor fi ore de supt, ci vor deveni ore de somn pentru sugar. Pus în pat, el simte imediat, se trezeşte, plânge, îi îndulceşte pe toţi şi trece altcineva la rând să-l ţină în braţe. Partida este pierdută şi pentru sugar (care se va subnutri) şi pentru familie (care îşi va distruge tot programul, devenind sclava acestui mic tiran); cu timpul, toată familia (adulţi şi copil) va ajunge la o stare de nervozitate greu de depăşit.

Este mai bine ca un astfel de sugar să fie lăsat să plângă (până la 1-2 ore pe zi), fiind pus la sân numai când este liniştit. Un sugar enervat şi obosit de plâns nu va suge niciodată cum trebuie.

2.5.1.6. *Contraindicaţiile alimentaţiei la sân*

Dintre acestea amintim unele boli grave ale mamei: tuberculoza, infestarea cu SIDA, insuficienţa cardiacă, ciroza, insuficienţele renale, anemiile grave, cancerele, encefalopatiile, psihozele grave etc.

În încheiere insistăm cu afirmaţia *că orice nou-născut îşi are felul său propriu de a primi şi folosi sânul, că mama şi nou-născutul trebuie să "înveţe" ca acest act de importanţă deosebită să se desfăşoare convenabil pentru amândoi. Mama este datoare să observe reacţiile sugarului şi să ştie că de echilibrul*

ei sufletesc depinde nu numai secreţia lactată, ci şi uşurinţa cu care vine laptele când nou-născutul este pus la sân. La unele mame, laptele curge din mameloane între supturi, *iar atunci când nou-născutul este pus la piept, acesta plânge cu disperare şi trage fără să se golească sânul, deşi mama are lapte suficient. Pe de altă parte, după câteva săptămâni, unele mame observă că este suficient ca sugarul să plângă de foame, pentru ca laptele să se scurgă singur din sân. Grijile şi nervozitatea micşorează secreţia lactată.*

Alăptarea decurge normal, dacă mama este psihic echilibrată, răbdătoare şi dacă toată familia este conştientă că mama-lauză are absolută nevoie de o atmosferă senină de familie şi de ajutor efectiv pentru evitarea suprasolicitării fizice şi psihice.

2.5.2. *Regimul de viaţă şi alimentaţia mamei*

Alimentaţia mamei care alăptează. Sfaturile ce se dau mamei care alăptează sunt adesea un amestec pitoresc de fapte, de născociri, de obiceiuri, de fantezii destul de derutante.

Nu se impune un regim alimentar special al mamei. Este nevoie numai de o raţie alimentară echilibrată, cu o cantitate de lichide ceva mai mare, de cel puţin 1,5 litri. Raţia alimentară ideală este de 2 500 calorii (cu 500 de calorii mai mult decât în perioada sarcinii):

– un aport protidic constituit din 60-80 g (10-15% din bilanţul energetic), care să cuprindă îndeosebi lapte şi derivate, carne sau peşte, ouă;

– un aport lipidic de 60-80 g (30-35% din nevoile energetice) sub formă de ulei vegetal (floarea-soarelui), unt sau margarină;

– un aport glucidic de 340 g (50-55% din nevoile energetice) sub formă de zarzavaturi, fructe, făinoase, dulciuri.

Trebuie insistat asupra câtorva recomandări:

– în timpul alăptării, mama va consuma lichide (lapte, ceai, compot, apă etc.), necesare combaterii setei, uscăciunii mucoasei bucale şi senzaţiei de oboseală;

– *un aport de lichide de cel puţin 1,5 litri/zi;*

– *un aport lactat de 750 ml pe zi, sub formă de lapte sau derivate;* brânzeturi, lapte sau iaurt;

– *femeia care alăptează poate să mănânce ce vrea!*

Singurele restricţii sunt: *excesul de alcool* (sunt interzise toate băuturile rafinate, vinul în cantitate mare; un pahar mic de vin natural sau de bere sunt binevenite); *cafeaua şi ceaiul "chinezesc"* (agită sugarul) şi *tutunul.* Toate acestea "trecute" în laptele de mamă, în proporţii diferite, sunt vătămătoare pentru sugar.

De asemenea, un număr însemnat de medicamente sunt contraindicate în caz de alăptare.

Unii (nu toţi !) sugari refuză să sugă dacă mama consumă alimente iuţi (ardei, piper) sau cu miros înţepător (ceapă, usturoi, unele condimente sau salate).

În unele cărţi sunt diverse interdicţii, dintre care citãm: ciocolata (agită, scaune mai moi?), unele alimente care dau un gust pronunţat laptelui: conopida, păstrunjelul , prazul. Din experienţa noastră sunt puţini sugari care se manifestă (refuzul de a suge, diaree etc.) după astfel de alimente. În schimb, cafeaua şi ceaiul agită, alcoolul îi face somnolenţi, tutunul are efecte de durată! Mai degrabă, modul de a suge şi scaunele sugarului sunt influenţate când mama prezintă o colită sau intoleranţă la anumite alimente.

De asemenea, în unele cazuri, leguminoasele (fasolea, lintea, mazărea uscată), varza, murăturile pot provoca unele tulburări ca: agitaţie, colici, scaune mai numeroase.

Interzicerea vegetalelor (fructe, zarzavaturi) constituie o greşeală.

La mamele care au prezentat o anemie feriprivă în timpul sarcinii se va recomanda un regim alimentar cu carne de două ori pe zi (ficatul conţine mult fier), peşte, ouă. Eventual medicul va recomanda un medicament cu fier. La cele cu lipsă de calciu şi/sau magneziu, pe lângă lactate (de trei ori pe zi) se va recomanda un medicament cu calciu şi magneziu.

Alimentaţia mamei care nu alăptează este obişnuită. La cele care au crescut în timpul sarcinii cu peste 12 kg este bine să se reducă aportul de alimente bogate în grăsimi (untul, şunca, slănina, uleiul, margarina), făinoasele, dulciurile, ciocolata, băuturile alcoolice, cartofii prăjiţi, sarea.

Igiena de viaţă[1] trebuie să fie simplă: mers pe jos, somn 8-10 ore cu o siestă după-amiază. Relaţiile

[1] Vezi şi capitolul "Lehuzia"

sexuale sunt, bineînțeles, posibile după cca 45 de zile după naștere, dar cu măsuri anticoncepționale. Este sigur că alăptarea joacă un rol statistic în distanțarea nașterilor, dar la nivel individual este prudent să nu se acorde prea multă încredere cifrelor, sfătuindu-se orice mamă că sarcina poate surveni și în cazul în care alăptează.

Vitamine. Mulți medici recomandă mamelor care alăptează vitamine sub formă de tablete, drajeuri sau picături. Dacă alimentația este echilibrată, așa cum s-a recomandat mai sus, aportul de vitamine pe această cale este suficient, în afară de vitamina D, care trebuie luată de mamă, la recomandarea medicului (în doze zilnice de circa 1 000 u.i. sau doze mari pe o durată de câteva săptămâni).

Ce medicamente se elimină prin lapte. Mama nu va lua nici un medicament din proprie inițiativă, ci va consulta medicul pediatru care îngrijește sugarul.

Constipația mamei va fi combătută cu fructe, vegetale (crude sau gătite) și cu pâine neagră. Dintre alimentele care combat constipația amintim: mierea de albine, oul moale, prunele, perele, pâinea neagră, salatele de crudități, vegetalele în general. Purgativele, chiar în cantitate mică, trec în lapte, determinând scaune moi la sugar, colici sau refuzul sânului (laptele capătă gustul purgativului). Gimnastica are un efect favorabil. Adaosul de pulbere de lactoză (se procură de la farmacie) în lapte are efecte favorabile.

Factorii psihologici sunt foarte importanți: necazurile, starea de tensiune din familie pot determina oprirea secreției lactate. Mamele sunt foarte îngrijorate când sugarul plânge, este somnolent, strănută sau regurgitează; sunt dispuse să dea crezare afirmației că laptele este insuficient cantitativ sau calitativ. Unele mame nu pot alăpta sugarul cu altcineva de față. Am mai scris acest lucru și-l repetăm.

Îmbrăcămintea mamei. Cu ocazia tuturor manevrelor de îngrijire a sugarului este bine ca mama să poarte un halat curat de culoare deschisă, care să nu fie îmbrăcat când face alte treburi gospodărești. Va purta cămăși de bumbac și rochii care se încheie în față. Nu sunt recomandate fustele, cordoanele, rochiile, sutienele strânse.

Lenjeria va fi curată, schimbată zilnic. Nu se poartă lenjerie din fire sintetice.

Dacă este răcită, mama poate hrăni și îngriji sugarul? Când mama are guturai, este răgușită sau simte o jenă în gât se anunță începutul unei "răceli". În acest caz, ea va purta o mască la gură și la nas ori de câte ori se apropie de sugar, deoarece în această vârstă este foarte receptiv la orice boală. Masca se confecționează dintr-o bucată de pânză sau de tifon, care se pune în două și se coase ca un buzunar, în interiorul căruia se introduce o bucată de material plastic. La cele patru colțuri se coase câte un șiret cu care masca se leagă în jurul capului.

Igiena corporală. Mama va face duș zilnic. În timpul dușului va folosi săpunuri neiritante; va insista îndeosebi la plicile (cutele pielii): sub sâni, axile, regiunile inghinale, cutele de la gât (în general, zonele ce transpiră mult).

Lăuza nu este încă restabilită așa că în timpul îmbăierii sunt utile câteva măsuri de prevedere:

– pentru a evita căderile prin alunecare, lângă cadă se plasează un covoraș sau un grătar de lemn, iar în cadă se pune o bucată dintr-un covoraș vechi sau de stofă;

– îmbăierea se va face cu duș, nu în cadă;

– apa de la duș nu va fi nici fierbinte și nici prea rece;

– cada se spală bine cu apă și săpun înainte de folosire; dacă în familie sunt persoane cu infecții cutanate este necesară și dezinfecția cu cloramină 1%;

– prosoapele și cearșafurile de baie vor fi strict individuale;

– după baie se va folosi un prosop mai aspru (in, frotir etc.) cu care se va "usca" orice urmă de umezeală; dacă mama are obișnuința, va face un masaj;

– după baie se folosește lenjerie curată.

Sânul (mamelonul, cutele de sub sâni) va fi spălat cu atenție deosebită. Dacă există tendința la inflamații, mama va sta cu sânul descoperit, la aer, de 2-3 ori pe zi câte 1/2 de oră.

Înainte de fiecare manevră de îngrijire a sugarului, mama se va spăla bine pe mâini; unghiile se taie la două zile și se spală o dată pe zi cu periuța de unghii.

Nu se folosesc deodorante (obstruează porii pielii) și nici parfumuri cu miros tipător.

Trebuie acordată o grijă deosebită *igienei dinților* (spălarea zilnică, tratarea cariilor; dacă este posibil, administrarea de preparate cu calciu și fluor).

Va fi evitată oboseala. Munca fizică excesivă, lipsa de odihnă de noapte, viața complicată de familie (vizite etc.), îngrijirea copiilor mai mari, lipsa de colaborare a soțului la problemele de gospodărie și de îngrijire a sugarului etc. sunt cătiva din factorii care duc la epuizarea fizică a mamei, cu consecințe serioase asupra sănătății sale.

Odată cu reluarea activității de toate zilele (gospodărie, obligații sociale), secreția lactată poate să scadă. Este necesară mai multă odihnă. Se va face tot posibilul ca să intre în obișnuință un somn după masa de prânz și nu se vor executa munci grele în gospodărie (spălatul rufelor pentru toată familia, curățenia generală, spoitul pereților, ridicarea de greutăți etc.). Asemenea treburi se amână sau, cel puțin, se fac într-un ritm lent, chiar dacă mama are impresia că și-a redobândit puterea necesară.

În orice familie se va improviza o "masă de înfășat". Într-un colț al camerei sugarului se va plasa o masă obișnuită de înălțime convenabilă pe care se va pune o pătură ce se acoperă cu un plastic și un cearșaf sau un scutec mare. Pe această masă se vor face toate manevrele de îngrijire ale sugarului; mama nu trebuie obligată să se aplece sau să se ocupe de sugar în poziție incomodă. Pentru ușurarea muncii, pe colțurile mesei (situate la perete) se pun obiectele de uz curent: scutece, cămășuțe, unguente etc. De asemenea, planul orizontal și dur al mesei permite o îngrijire mult mai eficientă, cu condiții optime pentru poziția corpului și mișcările sugarului. Mama va fi mai puțin solicitată, se evită durerile de "șale", oasele bazinului și organele abdominale vor veni mai repede la poziția dinaintea sarcinii.

Sugarul poate fi lăsat singur? Sugarul nu trebuie lăsat *niciodată* singur în casă. În momentul în care medicul îi permite mamei să facă plimbări, se va apela la o rudă sau altă persoană de încredere, cu simțul răspunderii. După o plimbare sau o vizită la o familie de prieteni, mama se va simți mai în putere și se va ocupa cu un elan crescut de copil și de restul familiei.

2.5.3. *Alimentația zisă "artificială" cu lapte de vacă (preparate industriale de lapte praf)*

Cel mai bun aliment pentru puiul de om este laptele de mamă. Este un adevăr recunoscut de toată lumea. Există însă multe situații în care alimentația la sân nu este posibilă și atunci este nevoie ca de la început să se treacă la alimentația cu preparate de lapte. Progresele extraordinare survenite în elaborarea unor produse industriale de lactate pentru copii cât și a mijloacelor puse la dispoziție de civilizație (refrigerare, conservare, ambalare etc.) au făcut ca riscurile ce le implica pe vremuri alimentația artificială a sugarului să scadă mult.

Produsele de lapte denumite "formule pentru sugari", respectiv "adaptate și parțial adaptate" se apropie mult de laptele uman. Totuși. nu se vor putea înlocui substanțele de apărare (anticorpi, hormoni) conținute în laptele uman. În stadiul actual al cunoștințelor și progreselor industriei pentru produse lactate, în condițiile unei familii înstărite și instruite, nou-născuții sănătoși alimentați artificial se dezvoltă, cel puțin aparent, tot la fel ca sugarii hrăniți la sân. Sugarii hrăniți cu produse de lapte praf nu vor fi mai puțin inteligenți, mai puțin precoce sau mai greu de crescut și educat. Ei sunt numai privați de o anumită securitate biologică dată de natură. Pe de altă parte, în familiile nefavorizate (economic, educativ etc.) riscurile sunt mai mari pentru sugarul hrănit artificial.

Se pare că nou-născutul la termen nu are nevoie absolută de anticorpii, de hormonii și de celulele vii conținute de laptele de mamă, deoarece el are stocată o anumită cantitate încă din timpul sarcinii. La prematuri și dismaturi rezervele în acești constituenți sunt mai mici.

Trebuie reamintit că în sănătatea sugarului intervin și alți factori (copil dorit, ereditate, igienă, educație, civilizație, mediu rural sau urban, tradiție etc.) care trebuie luați în seamă atunci când este vorba de alegerea laptelui. Alimentația artificială cu lapte de vacă modificat sau preparate industriale este încununată de succes, când se aplică bine recomandările în ceea ce privește concentrațiile laptelui și se respectă riguros o igienă corectă în păstrarea, prepararea și administrarea laptelui. *Absolut necesar ar fi ca orice familie cu copil mic să aibă frigider, iar ideal ar fi să se folosească produse adaptate sau parțial adaptate.*

Laptele de vacă este expus la murdărie sau la infectare înainte de a ajunge la sugar. Uneori, chiar într-un lapte foarte proaspăt, se găsesc impurități vizibile cu ochiul liber. Un astfel de lapte trebuie trecut printr-o strecurătoare cu sită fină, pusă într-o pâlnie sterilă. Oricât de corect ar fi fost recoltat și manipulat, laptele conține un mare număr de microbi. Acești microbi ajung în lapte încă din timpul mulsului și se înmulțesc extrem de repede în orele care urmează. Este vorba, îndeosebi, de germenii fermentației lactice care,

atunci când sunt numeroşi fac să se acrească laptele. Aceasta se întâmplă în special în timpul verii. Cu cât temperatura la care se păstrează laptele este mai ridicată şi cu cât se întârzie consumul, cu atât mai mare va fi numărul de germeni pe care îi va conţine. De aceea, este foarte important ca laptele să se fiarbă imediat după ce a fost muls, să se păstreze la frigider şi să se consume cât mai repede.

Alături de aceşti germeni (care nu sunt periculoşi prin ei înşişi), în lapte poate să se găsească şi o altă categorie de germeni, aceia care provoacă bolile. Cei mai frecvenţi sunt microbii care provoacă diaree (grupul Salmonella, bacili coli şi bacilii dizenterici).

Laptele de vacă nu va fi dat niciodată nefiert sugarului.

Un lapte bun pentru copii trebuie să provină de la vaci sănătoase şi curate. Este necesar ca persoana care mulge vaca să fie sănătoasă, să nu prezinte infecţii ale pielii. Înainte de muls, mâinile se spală până la coate cu apă caldă şi săpun, după care se şterg cu un prosop curat. De asemenea, se îmbracă un halat curat. Ugerul vacii se spală cu apă şi săpun, se limpezeşte şi se şterge cu o pânză curată, pentru a evita scurgerea lichidului de spălătură în lapte. Pentru recoltat se folosesc numai vase din metal inoxidabil sau emailate, cu capac. În gospodăriile individuale ţărăneşti se pot folosi oalele de pământ smălţuite. Vasele se păstrează în dulapuri închise, ferite de praf; înainte de folosire se opăresc. După întrebuinţare se clătesc imediat cu un jet de apă rece, apoi se spală cu apă caldă şi sodă sau detergenţi, se clătesc şi se pun la uscat cu gura în jos, în dulapuri, pe suporturi speciale, curate.

Imediat după ce este muls, laptele se răceşte brusc (se pune vasul într-o căldare cu apă rece sau direct în frigider). Este de preferat laptele amestecat (provenit de la mai multe vaci), deoarece compoziţia sa este mai constantă. Laptele va fi ridicat seara şi dimineaţa (imediat după muls) şi va fi folosit în mod obligatoriu în decurs de 12-24 ore (laptele muls dimineaţa se foloseşte la mesele din timpul zilei, iar cel de seara la mesele de după ora 19).

În ţara noastră laptele de vacă poate fi obţinut sub diferite forme: direct de la producător sau de la magazine, unde se vinde lapte pasteurizat, ambalat în recipiente de plastic, de carton sau de sticlă.

2.5.3.1. *Fierberea laptelui*

Fie că este pasteurizat, fie că este prospăt, laptele se fierbe imediat după ce a fost procurat. Fierberea se face în vase de oţel sau emailate[1]. Se va folosi totdeauna aceeaşi cratiţă, având grijă a o clăti cu apă rece înainte de a pune laptele la fiert, pentru ca acesta să nu se lipească de fundul cratiţei. În timp ce fierbe, laptele se amestecă cu o lingură pentru ca să nu se formeze pojghiţă la suprafaţă (laptele se "umflă"). Laptele trebuie fiert 10 minute. Se răceşte apoi brusc. Fierberea omoară microbii patogeni (produeători de boli) şi microbii fermentaţiei lactice. Păstrarea laptelui în condiţiile cele mai bune se face, firește, într-un frigider care funcţionează bine; în lipsă, o pivniţă rece este suficientă.

Laptele poate fi utilizat cel mult 24 ore de la fierbere; după depăşirea acestui termen, el nu mai poate fi dat sugarului.

2.5.3.2. *Obiecte necesare în alimentaţia artificială*

Pentru alimentaţia artificială a sugarului îngrijit în familie sunt necesare:

– *Biberoane.* Se cumpără de la început 8-10 biberoane. Se procură mai multe, deoarece se sparg destul de repede în timpul manipulării şi fierberii. Zilnic se utilizează 6-8 biberoane: 5-6 pentru lapte, 1 pentru ceai, 1 pentru sucul de fructe, 1 pentru lichidul de diluţie (vezi şi punctul următor).

– *Tetine.* Este nevoie de 10-12 tetine. Vezi pagina următoare.

– *1 vas emailat* sau din oţel special (Zepter etc.), cu capacitatea de 3-4 l, în care se fierb şi se păstrează biberoanele şi un altul de 1-2 litri pentru sterilizarea şi păstrarea tetinelor şi suzetelor;

– *2-3 vase emailate mai mici* pentru păstrarea linguriţei, pregătirea diluţiei laptelui etc.;

– *2 perii pentru spălarea biberoanelor;*

– *1 pâlnie* pentru turnarea laptelui în biberoane;

– *1 sită deasă;*

– *o cratiţă cu pereţi dubli pentru fierberea laptelui;*

[1] Se pot folosi vase de aluminiu sau de oţel cu perete dublu şi cu un dispozitiv care semnalizează începutul fierberii.

– *1-3 linguriţe* (una cu coada lungă pentru folosirea la amestec, iar altele mai mici pentru măsurarea zahărului şi siropului);

– *1 răzătoare de sticlă;*

– *1 cutie cu bucăţi de tifon sterile,* cu care se acoperă vasele şi obiectele sterile;

– *1 măsură de 5 g;*

– *1 frigider* (de mare importanţă!);

– *1 cuţit* pentru a nivela zahărul şi praful de lapte din linguriţă;

– *1 recipient gradat* pentru măsurat anumite alimente;

– *1 termos* necesar pentru călătorii sau plimbări mai lungi;

– *1 mixer;*

– *2 cutii din plastic cu capac,* suficient de mari pentru a cuprinde comod jumătate din inventarul pentru "bucătăria" copilului;

– *1 tel* pentru amestecul pireului, untului sau uleiului;

– *1 pensă mare* sau *1 "cleşte"* cu care se scot tetinele şi biberoanele din vasul în care se păstrează sterilizate (fierte).

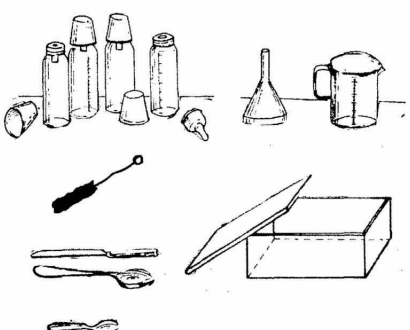


Fig. 2.46 - Câteva obiecte necesare pentru alimentaţia sugarului: biberoane, tetine, capace pentru biberoane, cuţit, linguriţă, pâlnie, perie pentru sticlă, recipient gradat, cutie din plastic cu capac.

Biberonul este o sticluţă de formă cilindrică, cu capacitate de 250 ml, fabricat din sticlă transparentă, care rezistă la fierbere. Biberoanele din sticlă de Jena sunt mai rezistente la schimbările bruşte de temperatură, dar sunt mai scumpe. În ultimul timp au apărut noi tipuri de biberoane, din materiale speciale, cu gât mai larg şi cu un dispozitiv special de înşurubare pentru fixarea unui capac sau a tetinei. Pe peretele exterior al biberonului sunt gradate citeţ linii care indică diviziunile de 10 ml, iar din 50 în 50 ml sunt gravate şi cifrele corespunzătoare.

Fig. 2.47 - Biberoanele cu gâtul larg şi cu ghivent sunt mai practice.

Îngrijirea şi mânuirea corectă a biberonului şi tetinei constituie condiţii de bază pentru păstrarea igienei alimentaţiei şi evitarea îmbolnăvirii sugarului de diaree. După fiecare masă, biberonul se clăteşte de mai multe ori cu apă rece, pentru a se înlătura toate resturile de lapte lipite pe pereţii lui. Dacă biberoanele nu se clătesc imediat, resturile de lapte se îndepărtează foarte greu. Nu este permis să se lase biberonul plin cu apă, pentru a fi clătit ulterior, întrucât eventualele bacterii aflate în apă se înmulţesc repede. Mai târziu, când va avea timp, mama va spăla biberonul cu apă caldă şi săpun sau detergenţi, cu ajutorul unei perii speciale, insistând în special în regiunea de sub gât şi la şanţul circular care separă fundul de pereţii laterali, unde pot rămâne grunji de lapte. Apoi se va clăti de mai multe ori cu apă fierbinte şi îl va pune cu gura în jos la uscat, pe un prosop curat sau pe un portsticlă (rastel) special.

Fig. 2.48 - Spălarea biberonului.

Tetinele. În ultimul timp au apărut tot felul de modele.

Tetinele sunt confecţionate din cauciuc, din material plastic sau silicon. Tetinele din silicon sunt mai scumpe dar rezistă mai bine la sterilizare[1]. Sunt necesare în permanenţă 10-12 tetine, deoarece se degradează destul de uşor (prin spălare, fierbere sau chiar de la perforare). Se folosesc modele care se pot întoarce, ca un deget de mănuşă pentru a fi curăţate. Se aleg mărimile care se aplică perfect la gâtul biberonului, respectiv; cele mai largi riscă să se detaşeze uşor, să permită scurgerea laptelui sau pătrunderea aerului în biberon. Cele mai bune sunt cele care se fixează pe biberon prin înşurubare.

[1] Sub numele generic de silicon, se înţelege un grup de substanţe analoage cu corpii organici în care siliciul înlocuieşte carbonul.

Tetinele noi de cauciuc se freacă cu sare şi se fierb învelite în tifon, pentru ca să le dispară mirosul. După folosire, tetina se spală imediat sub jet de apă mai întâi rece şi apoi - dacă este posibil - caldă. Se întoarce ca un deget de mănuşă şi se freacă cu o perie până se înlătură şi ultimele resturi de aliment. Se clăteşte bine, se scutură pentru a se scurge toată apa, se zvântă, se aşează pe un platou de sticlă şi se acoperă cu un capac sterilizat sub formă de con pentru a se feri de praf.

Sterilizarea se face prin fierbere sau prin metode chimice. În familie sterilizarea se face prin fierbere. Aceasta trebuie să dureze circa 25 minute, din care 5 minute în clocot pentru a distruge microbii cei mai periculoşi. Puţine mame au răbdarea de a prelungi atât de mult fierberea şi cea mai mare parte se mulţumesc să se oprească la primul clocot. De altminteri, cu timpul, tetinele devin moi, lipicioase, iar pe pereţii biberoanelor se formează depozite de calcar. Pentru a evita formarea acestor straturi alburii pe pereţii de sticlă ai biberoanelor se pun câteva picături de oţet în apă. Pentru creşterea durabilităţii, tetinele se pun la fiert într-o bucată de pânză sau se opăresc fie într-o strecurătoare, fie într-un vas cu un dispozitiv perforat (dublu fund, cel de sus situat la jumătatea vasului) şi acoperit cu un capac. Apa clocotită emană vapori fierbinţi care sterilizează tetinele puse pe dispozitivul perforat situat la treimea inferioară a vasului. Dacă se procură tetine fără găuri, perforarea se va face de către mamă cu ajutorul unui ac de cusut, care se fixează pe un dop de plută; acul se înroşeşte la o flacără şi apoi se înţeapă în conul tetinei.

Dimensiunile orificiilor sunt potrivite atunci când, răsturnând cu gura în jos biberonul umplut, cu tetina fixată, laptele se scurge câteva secunde în jet continuu, foarte subţire şi apoi curge picătură cu picătură. Dacă laptele continuă să curgă în jet continuu înseamnă că orificul este prea larg; dacă după prima perforare orificiul este strâmt şi laptele nu se scurge în mod mulţumitor, se înroşeşte din nou acul şi se lărgeşte orificiul cu prudenţă. Nu se foloseşte niciodată un ac prea gros. Sugarii prea mici, fără putere, sunt stânjeniţi la supt când se folosesc tetine cu un singur orificiu; la aceste tetine se va face un orificiu suplimentar sau se vor folosi tetine cu mai multe orificii ("în triunghi", de preferat sau "în cruce"). Dacă orificiul rezultat este prea larg, nu se aruncă tetina respectivă, ci va fi folosită mai târziu când sugarul va primi alimente mai consistente (supa mixată, lapte cu adaosuri etc.). Dacă orificiul este prea larg, laptele se scurge cu viteză, iar sugarul,

neputând înghiți repede, poate să se sufoce prin "falsă cale" (laptele pătrunde în trahee).

Recent au apărut tetine gata perforate cu una, două, trei sau chiar patru orificii dispuse variat în "triunghi", "în cruce" sau "în linie dreaptă". Tetinele cu trei găuri, dispuse în "triunghi" par cele mai practice și se potrivesc la majoritatea sugarilor. Altele au dispozitive care reglează dimensiunile și ritmul picăturilor (cu 2 sau 3 trepte: I, II și III).

Celelalte ustensile necesare în alimentația artificială se spală, după utilizare, în jet de apă și se opăresc înainte de folosire. O dată în 24 de ore se spală cu soluție de săpun sau cu detergenți speciali limpezindu-se bine după aceea cu apă caldă. Vesela copilului se depozitează în dulapul de veselă, într-un loc anume destinat, la îndemână, pentru ca mama să nu piardă vremea căutând-o; nu se va amesteca cu vesela restului familiei.

Obiecte de măsurat și cântărit. Pentru pregătirea diferitelor preparate dietetice este necesară măsurarea și, uneori, cântărirea alimentelor. În lipsa unor vase de măsurat lichidele, se va folosi un biberon.

Măsurarea cu lingura sau cu o cană nu este niciodată precisă; se va adopta, la nevoie, numai ca o soluție de compromis. Pentru orientarea aproximativă se pot folosi, la nevoie, următoarele unități de măsură:

1 linguriță de ceai = aproximativ 5 ml
1 lingură mare (supă) = aproximativ 15 ml
1 pahar vin = aproximativ 90-80 ml
1 lingură mijlocie = aproximativ 10 ml
1 ceașcă de cafea = aproximativ 100 ml
1 farfurie de supă = aproximativ 200 ml

În medie, 1 lingură mare (de supă) rasă conține:
10 g făină de grâu - 10 g mălai
10 g fulgi ovăz - 10 g pesmeți pisați
10 g griș - 15 g făină de orez
10 g boabe de orez - 20 g zahăr

Produsele de lapte pentru sugari sunt însoțite de o linguriță-măsură cu care se prepară diluția de lapte.

2.5.3.3. *Considerații generale asupra alimentației artificiale*

Eforturile pediatrilor dintotdeauna au tins să realizeze prin alimentația artificială creșterea și dezvoltarea sugarului la fel de bună ca și cu laptele de mamă. Preparatele industriale sunt de bună calitate, au compoziție constantă și pot fi procurate în cantități mari.

Nemodificat, laptele de vacă prezintă mari deosebiri față de laptele uman. Cantitativ are trei dezavantaje mari: proteinele (cazeina) și sărurile minerale sunt în cantitate prea mare (de 3,5 ori), iar hidrocarbonatele (lactoza) în cantitate prea mică. De asemenea, sunt mari deosebiri în ce privește structura, proprietățile și calitățile biologice ale unor principii nutritive de bază (proteine, grăsimi), precum și în proporția dintre diferite minerale.

Folosirea laptelui de vacă sau de capră (nemodificat) sau a unor produse industriale de lapte integral ar duce la suprasolicitarea organismului (digestie, metabolism, excreție) nou-născutului și sugarului mic, cu riscul unor tulburări grave. Având în vedere aceste deosebiri și neajunsuri, pediatrii au preconizat de-a lungul timpului diferite modificări pentru realizarea unor preparate în care laptele de vacă să se apropie de laptele uman. Amintim câteva din modificările ce s-au impus pentru a transforma laptele de vacă în vederea adaptării la posibilitățile și nevoile nou-născutului și sugarului mic.

Diluția este prima tentativă de corectare a laptelui de vacă, sau de capră la nevoile sugarului mic. Prin adaosul de apă (1/2, 2/3, 3/4) scade cantitatea de proteine și de săruri minerale, ceea ce ușurează sarcinile de digestie, asimilație și excreție ale organismului nou-născutului atunci când este alimentat cu lapte de vacă, dar se reduc procentual hidrocarbonatele (lactoza) și grăsimile.

Zahararea. Prin diluare se reduc și mai mult hidrocarbonatele (48 g/l în laptele de vacă față de 68 g/l în laptele uman), ceea ce duce la obținerea unui preparat dezechilibrat, cu o cantitate prea mică de hidrocarbonate (care sunt sursa de energie cea mai importantă și cea mai ușor de utilizat de către organism). De aceea s-a impus corectarea acestui neajuns prin adaos de zahăr sau glucoză ("primul hidrocarbonat") și de amidonuri (orez, zeamil etc., denumite convențional "cel de al doilea hidrocarbonat"). Pentru această suplimentare în hidrocarbonate a laptelui de vacă, în dietetica tradițională clasică s-a impus și a rămas *zaharareа*. Într-adevăr zahărul s-a dovedit ca fiind cel mai bine tolerat dintre hidrocarbonate, ușor de mânuit și mai ales cel mai ieftin. Dextrin-maltoza este mai bine tolerată decât zahărul, dar nu este încă folosită la nivel casnic, ci mai mult ca adaos la

produsele industriale. Trebuie amintit însă că hidrocarbonatele din lapte sunt reprezentate de lactoză.

Adaosul celui de al doilea hidrocarbonat s-a făcut pentru ca unele componente ale laptelui de vacă să fie mai uşor de digerat. Acest adaos s-a făcut prin orez (combate tendinţa la diaree), porumb, cele mai potrivite pentru nevoile nutritive ale sugarului, fiind lipsite de gluten. Orezul este constipant, iar porumbul este uşor laxativ. În preparatele adaptate[1] s-a renunţat la adaosul de zahăr şi amidonuri, singurul hidrocarbonat admis fiind lactoza. Pentru a fi folosit fără riscuri, la nounăscut şi sugar, laptele de vacă se diluează şi se zaharează după sfatul medicului.

Acidifierea (acid lactic, acid citric etc.) avea ca scop modificarea cazeinei şi emulsionarea lipidelor. Preparatele acidifiate se folosesc mai puţin. În ultimul timp au apărut unele produse adaptate sau parţial adaptate (mai ales), acidifiate.

Degresarea s-a folosit, socotindu-se că grăsimile din laptele de vacă sunt vătămătoare. Într-adevăr, grăsimile din lapte de vacă sunt deosebite faţă de cele din laptele uman. În prezent, preparatele adaptate sau parţial adaptate din laptele de vacă se înlocuiesc parţial cu grăsimi vegetale (floarea-soarelui), care se aseamănă în ceea ce priveşte compoziţia chimică şi digestibilitatea cu cele din laptele uman.

Superioritatea "formulelor" pentru sugari (preparatele adaptate şi parţial adaptate) faţă de alte produse industriale şi mai ales faţă de laptele de vacă proaspăt este netă. S-a dovedit că folosirea laptelui de vacă procurat fie de la producători, fie din comerţ, implică mult mai multe riscuri decât celelalte preparate industriale de lapte. Prin diferitele procedee industriale, pe lângă sterilitatea garantată şi compoziţie constantă, laptele praf capătă o serie de însuşiri care îi conferă o superioritate netă faţă de laptele de vacă. Dintre preparatele de lapte praf sunt de preferat cele adaptate şi/sau parţial adaptate (Aptamil[1], Milumil 1, Nutrilon, Nan, Beba 1, Similac, Aponti etc.). Acestea sunt mai puţin consistente (mai "apătoase") şi de aceea unele mame cred că sugarul nu se satură.

Adaptarea individuală. Ca linie generală de conduită, pe lângă criteriile clasice, de vârstă şi greutate, trebuie să se ţină seama de:

– *apetitul şi preferinţele sugarului;*

– *posibilităţile de aprovizionare ale familiei* (venit, sezon, mediu rural sau urban etc.);

– *gradul de instrucţie al părinţilor;*

– *gradul de civilizaţie şi igienă* (spaţiu locativ, curăţenia în casă, frigider, obiecte de preparare a alimentelor pentru sugar, obiceiuri culinare).

Nu există un regim standard valabil pentru toţi copiii de aceeaşi vârstă sau cu aceeaşi greutate. Nici chiar apetitul sau greutatea nu sunt criterii absolut obligatorii. Aceasta nu înseamnă că normele de dietetică a sugarului, rezultate dintr-o experienţă îndelungată şi din cercetări ştiinţifice să fie substituite cu fantezia. Dimpotrivă, raţia medie alimentară fixată de medicul sugarului constituie singura cale de urmat!

Alimentaţia se fixează în funcţie de reacţiile individuale, de starea de sănătate a sugarului şi de standardul de viaţă al familiei.

Dialog între mamă şi cadrele medicale. Mama trebuie să-şi însuşească o tehnică în pregătirea şi administrarea alimentelor sugarilor, cu respectarea riguroasă a regulilor de igienă. Este absolut necesar un dialog permanent în care medicul să aibă timp să "asculte pe copil" prin reacţiile descrise de mamă. Medicul de familie ajutat de asistenta de familie trebuie să discute îndelung cu mama şi s-o facă să priceapă, pe înţelesul ei, cum trebuie să procedeze. Pe lângă însuşirea tehnicii alimentaţiei, mama este datoare să ştie să-şi observe copilul şi să nu aplice totul orbeşte, ci în funcţie de nevoile personale ale acestuia.

În mediul rural se va încerca instituirea şi prelungirea alimentaţiei la sân. În lipsa acesteia, ideal ar fi ca în primele luni să se asigure un produs adaptat. Dacă nu este posibil nici această ultimă soluţie, se va apela (forţat) la laptele de vacă în diluţii progresive cu adaos de zahăr (întâiul hidrocarbonat) şi apa de orez (al II-lea).

Alegerea preparatelor de lapte pentru nou-născut

A. Folosirea produselor denumite "formula" la nou-născutul la termen şi la sugar

Multă vreme alimentaţia sugarului s-a sprijinit pe intuiţii, tradiţii şi observaţii empirice. Cercetările ştiinţifice bazate pe studiul fiziologiei copilului, al diverselor alimente folosibile la sugar şi copilul mic, precum şi progresele tehnice ale industriei alimentare au dus la schimbări dramatice în alimentaţia copilului şi mai ales a sugarului. S-a ajuns astfel la producerea

[1] Numite în literatura anglo-saxonă "formule".

unor lăpturi care sunt mai apropiate calitativ de laptele uman. Cercetările și experiențele diferitelor instituții naționale și internaționale au fost analizate și apoi comunicate de către foruri, congrese și conferințe internaționale sub formă de recomandări. În tabelele 2.1. și 2.2 sunt sintetizate denumirile și recomandările acestor produse.

Aceste "formule" pentru nou-născuți și sugari se caracterizează prin următoarele modificări:

– reducerea proteinelor (îndeosebi a cazeinei) și completarea lor cu proteine din zer (lactalbumine și lactoglobuline);

– înlocuirea parțială a grăsimilor din laptele de vacă (compuse din acizi grași saturați și polinesaturați) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea-soarelui etc.) care conțin - ca și laptele uman - acizi grași nesaturați și polinesaturați;

– reducerea sărurilor minerale;

– adaosul de lactoză (în formulele adaptate) sau de lactoză și alte hidrocarbonate (glucoză, dextrin-maltoză, din diverse făinuri de cereale sau de fructe și zarzavaturi) la formulele parțial-adaptate și la cele hipoalergice/hipoantigenice și de continuare (Follow-up formula).

TABELUL 2.1

TIPURI DE INFANT FORMULA

INFANT FORMULA (formule pentru sugari)	Această denumire este fixată de "the Scientific Commitee for Food of the Commission of the European Communities (1991-1993)" și de "the ESPAGN Commitee in Nutrition (1990-1993)" (formule pentru sugari). Se recomandă în primul an de viață și includ în Europa produsele denumite: – *"adapted formula"* (formule sau produse adaptate) – *"partially adapted formula"* (formule sau produse *parțial adaptate*) – "antigen-reduced *(hypoallergenic/hypoantigenic)* formula" (formule hipoalergice/ hipoantigenice).
FOLLOW-UP FORMULA (formule de continuare)	– pentru sugari și copii în vârstă de 5 luni – 3 ani ("ESPAGN", 1990) Ulterior s-a hotărât ca aceste produse să fie folosite numai la sugari în vârstă de 5-12 luni (European Communities Commission - Directives of 14 May, 1991). Practic aceste produse se folosesc până la vârsta de un an.

TABELUL 2.2

FORMULE (PRODUSE) DE LAPTE DIN GRUPUL "INFANT FORMULA" (FORMULE PENTRU SUGARI) FOLOSITE ÎN ALIMENTAȚIA SUGARULUI (0-1 AN) ÎN ȚARA NOASTRĂ, LA CARE NU ESTE POSIBILĂ ALIMENTAȚIA LA SÂN[1]

Luna II-a	A. *Lăpturi de început* ("start") folosite în primele 4 luni de viață: a) *Formule adaptate (europene):* Pre-Aptamil (Milupa), Pre-Humana (Humana) b) Formule parțial-adaptate europene: Aptamil I, Milumil 1 (Milupa), Humana I, Humana baby fit (Humana), Nan, Beba (Nestlé), Nutrilon premium c) Infant formula (denumirea americană): Similac (SUA). NUTRICARE special (Israel), Morinaga (Japonia). Bebelac (Nutricia)
Lunile II, III și IV	La fel
De la 5 la 12 luni	B. Lăpturi de continuare (Follow-up - Formula, Folgen-Milch, deuxième age): a) Formule parțial -adaptate de continuare: Milumil 2, Aptamil 2, (Milupa), Humana 2, Humana baby pt2 (Humana), Nan, Beba (Nestlé), Nutrilon plus b) INFANT FORMULA (simple sau cu adaosuri) - denumire SUA: Similac, Nutricare Special, Morinaga. Remedia. Bebelac
Între 8 și 12 luni	a) La fel ca între 5 și 12 luni b) Milumil 2 și apoi Milumil 3 c) Lapte praf "clasic" sau lapte de vacă d) Lăpturi cu adaos de cereale

NOTĂ. În mediul rural unde prin tradiție și din motive economice se folosește laptele de vacă, se poate folosi:

a) *nou-născut:* lapte de vacă 1/2 cu 5% zahăr (jumătate lapte + jumătate apă + 1 linguriță de zahăr rasă la fiecare sută de grame fierte împreună)

b) *între 1 lună și 4 luni:* 2/3 lapte + 1/3 apă + 5% zahăr fierte împreună. la care ideal ar fi să se adauge la urmă după fierbere 1/4-1/2 linguriță de ulei de floarea-soarelui bine rafinat;

c) *între 5 și 7-8 luni:* lapte de vacă 3/4 + 1/4 apă (unii recomandă lapte de vacă nemodificat) + 5% zahăr + 5 g ulei;

d) *între 9 și 12 luni:* lapte de vacă integral + 5% zahăr +/- 2-4% cereale instant.

• Tabelele 2.1 și 2.2 se adresează medicilor și asistentelor de familie.

Repetăm că numai în situațiile în care nu este posibilă alimentația la sân, se va trece la alimentația "artificială" cu lapte de vacă sau cu produse industriale de lapte de vacă ("formule" pentru sugari etc.).

[1] Vezi și tabelele 3.1, pag. 125, 3.2, pag. 126 și 3.3, pag 127.

Dintre produsele de lapte praf, în caz că familia are un standard de viață corespunzător ("formulele" de lapte sunt scumpe), se vor alege fără nici o ezitare formulele adaptate sau parțial-adaptate. În familie se va continua cu produsul folosit în maternitate, dacă acesta se găsește tot timpul în comerț.

1. *Formule pentru sugari adaptate și parțial adaptate* (de început și de continuare).

Ideal ar fi să se înceapă cu un produs (formulă) adaptat "de început". În Europa (Germania, Franța, Elveția, Austria) aceste produse sunt notate cu prefixul *Pre* (Pre-Aptamil, Pre-Beba, Pre-Humana etc.). La noi în țară aceste preparate s-au găsit periodic, pe durate scurte.

În practica obișnuită se folosesc formulele parțial-adaptate "de durată" (Germania, Elveția, Austria) sau "de prima vârstă" (Franța) și care în Occident sunt notate în general cu cifra 1 (Milumil 1, Nutrilon premium, Beba 1, Humana 1, Humana baby fit etc.). Dintre aceste produse, la noi în țară se comercializează și se găsesc în permanență Milumil 1, Nutrilon Premium, Humana 1, Humana baby fit. Aceleași firme pun la dispoziție pentru sugarul peste 4-5 luni preparate notate cu cifra 2 (Milumil 2, Nutrilon plus, Humana 2, Humana baby fit, Aptamil 2, Nan, Beba etc.).

Respectând normele americane, pe piața românească pentru alimentația sugarului se găsesc următoarele produse: Bebelac (Nutricia), Similac, Nutricare (Israel), Morinaga (Japonia), care sunt recomandate ca formule generale pentru primele 12 luni de viață.

În general, produsele respective sunt fabricate cu un conținut care trebuie să se încadreze în recomandările fixate de forurile internaționale (ESPAGN etc.). Cu aproximație, concentrațiile diferitelor componente ale laptelui sunt următoarele (procente la 100 ml): 1,7-1,9 proteine, 3,3-3,6 g grăsimi, 8,2-8,6 hidrați de carbon și în jur de 70 kilocalorii (300 kilojoule).

2. *Formule (produse hipoalergenice/hipoantigenice)*

Preparatele respective nu sunt decât lăpturi de prevenire în cadrul unui risc alergic crescut și nu produse terapeutice. Ele pot fi folosite ca supliment la alăptarea maternă. Sunt formule hidrolizate. În funcție de gradul de hidroliză a formulei sunt disponibile două tipuri, formulele complet hidrolizate și preparatele zise "hipoantigenice" sau "hipoalergenice". Formulele complet hidrolizate constituie baza tratamentului intoleranțelor la proteinele laptelui de vacă dar și a unor forme clinice de enteropatie sau de malabsorbție cronică. Formele complet hidrolizate pot fi încadrate în "lăpturi terapeutice" (Alfare, Nutrilon, Pepti-Junior).

3. *Formule terapeutice.* Aceste lăpturi sunt însoțite în Europa, în general, de litera H (de la cuvântul german *heilen* = a vindeca, a tămădui). În acest grup s-ar încadra produsele Milupa HN25 (Heilnahrung) și Humana H. Se folosesc în caz de diaree, intoleranță la unele componente ale laptelui (lactoza) sau alte dizaharide și polizaharide precum și unele malabsorbții.

• *Lăpturile fără lactoză* se folosesc în unele cazuri de intoleranță la lactoză sau de galactozemie.

În acest grup sunt cuprinse, printre altele, *lăpturile pe bază de soia* care au ca indicație vegetarismul și unele boli metabolice. Folosirea laptelui de soia în cazuri de intoleranță la proteinele laptelui de vacă nu mai este reținută ca în trecut, căci este vorba adesea de o alergie dublă la laptele de vacă și la soia. În realitate, 25-30% din copiii alergici la proteinele laptelui de vacă sunt sensibili și la soia (Nutrilon-Soja - Olanda); All 10, (Nestlé), Nutricare-soja - Israel; ISOmil - SUA).

4. *"Formule" pentru nou-născuți prematuri* și/sau *greutate mică la naștere.* La prematuri capacitatea gastrică este limitată și de aceea trebuie să se dea *mese mici și dese.* Pe măsură ce tolerează bine laptele, se crește mai departe până se ajunge la rația completă (1/7-1/6 din greutatea corporală).

Prematurul hipotrofic (cu greutate mică) are nevoi crescute de hrană față de nou-născutul la termen, eutrofic.

Se începe cu 5% soluție de glucoză sau de dextrin maltoză ("soluții izotone"). Când tolerează i se dă lapte de mamă sau un produs de lapte pentru prematuri. Eventual se poate da un aliment hidrolizat (de exemplu, Alfare).

Laptele de mamă nu acoperă nevoile nutritive ale prematurului în ceea ce privește caloriile, proteinele și substanțele minerale și de aceea se va da și un produs de lapte special pentru prematuri. Aceste produse în Europa sunt notate cu 0 sau litera F (Aletemil 0, Beba 0, Huma OF, Lactana F (litera F provine de la termenul german Fruhgeborenen = prematur). Aceste produse conțin la 100 ml lapte în jur de 2 g proteine, 3,4-3,8 grăsimi, 8 g hidrați de carbon, 0,3-0,4 substanțe minerale și 70 kilocalorii (293 Kilojoule).

Numărul de mese corect ar fi următorul: sub 1 000 g - 12 mese; 1 000-1 500 g: 10-12 mese; 1 500-2 000 g: 8 mese, iar între 2 000-2 500 g: 8-6 mese.

B. Produse industriale de lapte praf "clasice"

1. *Laptele praf integral* (26-28% grăsime) se obţine din laptele praf integral, nediluat (34-36‰ grăsimi). Reconstituirea se face prin "diluarea" (resuspendarea) a 130 g de pulbere la 1 000 ml apă, respectiv 2½ măsuri a 5 g la 100 ml apă. Nediluat se poate folosi după vârsta de 7-8 luni. Pentru a-i corecta conţinutul mic în hidrocarbonate (laptele de vacă conţine 48 g‰ hidrocarbonate, faţă de 68-70‰ cât conţine laptele uman) se adaugă zahăr 5% (1 linguriţă rasă la 100 ml) şi 2-3% făină de orez sau dextrin maltoză.

La nou-născutul la termen, acest lapte va fi dat diluat corespunzând laptelui de vacă îndoit cu apă (jumătate lapte şi jumătate apă) în primele 3 săptămâni, respectiv 6-7 g pulbere de lapte la 100 ml, practic revenind 1½ măsură lapte praf la 100 ml apă. După vârsta de 3 săptămâni se creşte concentraţia (două părţi lapte şi o parte apă), la care se adaugă 5 g zahăr. Pentru a se "corecta" cât de cât compoziţia cu totul diferită a laptelui de vacă faţă de laptele uman ar trebui ca resuspendarea pulberii de lapte să se facă în apa de orez, îndulcit cu zahăr şi îmbogăţit cu ulei de floarea-soarelui.

2. *Laptele praf ecremat* (degresat) sau semi-ecremat se produce industrial din laptele de vacă degresat (desmântânit, ecremat). La noi în ţară se comercializează un produs denumit "lapte praf normalizat", care conţine 18-20% grăsimi (în loc de 26-28% grăsimi). Cu 130 g (2,6 măsuri de 5 g rase) resuspendate în apă sau în apa de orez rezultă un preparat cu o concentraţie aproximativă de 2/3 lapte + 1/3 apă.

Lăpturile industriale ecremate au fost folosite în hrănirea multor generaţii de sugari sub vârsta de 5 luni. Sunt folosite încă în familiile care nu pot cumpăra produse adaptate sau parţial adaptate (mult mai scumpe). Laptele praf semiecremat este mai ieftin, se prepară uşor, greşelile de reconstituire sunt rare şi toleranţa este bună. Totuşi compoziţia este dezechilibrată. Prin degresare se scad prea mult grăsimile, iar proteinele şi sărurile minerale rămân ridicate. Adaosul de zahăr, de făină de orez sau de dextrin-maltoză şi de ulei de floarea-soarelui corectează numai parţial diferenţele faţă de laptele uman. În schimb, adaosul de zahăr, de cereale şi de ulei duce la mărirea valorii calorice care determină o creştere a greutăţii prin acumularea de ţesut grăsos.

Laptele praf cu adaosul de zahăr se fierbe!

C. Laptele de vacă

În mediul rural procurarea de produse industriale de lapte (adaptat sau chiar lapte praf obişnuit) în multe familii este greu de folosit. Cu toate riscurile medicul de familie este nevoit să folosească laptele de vacă, procurat direct de la producător. Pentru corectarea parţială a laptelui de vacă se recomandă, în prima lună de viaţă:

- 1/2 lapte de vacă + 1/2 apă simplă (sau după 3 săptămâni apă de orez);
- 5 g zahăr (o linguriţă rasă);
- 1-3 g ulei de floarea-soarelui.

Laptele de vacă diluat (500 ml lapte + 500 ml apă sau 500 ml apă de orez) la care se adaugă 10 linguriţe de zahăr (rase) se fierb împreună, iar uleiul se adaugă la sfârşit. Fie porţionat în biberoane, fie în oală de fierbere se răceşte brusc şi se păstrează la frigider. Este nevoie de lapte de vacă recoltat şi manipulat în condiţii de curăţenie perfectă, de corectitudine în prepararea diluţiilor, de mâini şi vase bine spălate şi de frigider!

Folosirea biberonului

Se vor respecta dozajele şi o curăţenie riguroasă. Înainte de a începe, mama îşi spală mâinile cu apă şi săpun, apoi le şterge cu un prosop curat. Se ia biberonul din cratiţa în care a fost sterilizat şi se goleşte apa fără a-i atinge interiorul. Lichidul de diluţie este în mod obişnuit apa care se fierbe în prealabil. În biberon se pune mai întâi apa (încălzită la 40-50° Celsius) până la gradaţia corespunzătoare pentru masa respectivă. Se foloseşte linguriţa-măsură oferită de fabricant şi se adaugă cantitatea prevăzută pe cutie "la modul de preparare".

Nu este permis să se îndese măsura, ci numai să fie rasă, adică să se treacă lama unui cuţit pe deasupra pentru a elimina prea-plinul. Adaosul de pudră de lapte în biberonul cu apă face să se urce nivelul de lapte deasupra gradaţiei dorite.

Unele mame au tendinţa de a forţa doza, ceea ce provoacă unele tulburări ("febra de sete", "regurgitaţii", vărsături, colici). În 1973, un medic englez, J.C.L. Shaw, a arătat cum cantitatea de lapte-pudră poate să varieze de la simplu la dublu pentru aceeaşi măsură când ea este preparată de persoane diferite. Într-o măsură de 3 g de pudră de lapte îndesând se poate creşte

produsul la 5 g. Lăpturile prea concentrate fac să apară riscul de obezitate, dar mai ales o încărcare excesivă în sodiu, responsabilă de suprasolicitarea funcției rinichilor și de enterocolita necrozantă. În aceeași ordine de idei, laptele nu trebuie măsurat cu linguriţa de cafea, căci mărimile sunt foarte variate. Cutia de lapte este apoi închisă ermetic și biberonul va fi agitat pentru a nu se forma cocoloașe. Unele produse ("formule") necesită câteodată scuturături viguroase pentru a fi bine dizolvate.

Încălzirea biberonului. Dacă alimentația s-a pregătit pentru mai multe mese, biberonul va fi încălzit până la temperatura de 50° înainte de administrare. După ce se agită bine, pentru omogenizarea conținutului, biberonul se poate încălzi.

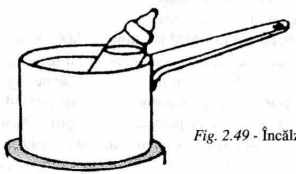


Fig. 2.49 - Încălzirea biberonului.

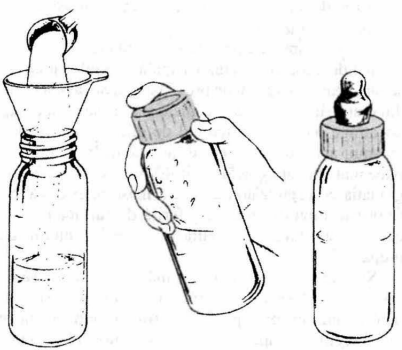


Fig. 2.50 - Încălzirea biberoanelor.

În mod obișnuit, laptele pentru sugar trebuie încălzit la temperatura de 40° cel mult 50°. Pentru aceasta biberonul gata pregătit fie se va încălzi pe soba sau caloriferul bine încălzit, fie se va scufunda într-o oală cu apă caldă sau într-un încălzitor electric cu termostat sau se scurge apă caldă de la un robinet (49°C) și apoi se testează temperatura vărsând câteva picături din conținutul biberonului pe fața internă a antebrațului mamei (fig.2.51). În caz de deplasări cu mașina sau plimbări se folosesc biberoane-termos sau termosuri simple. La nevoie, în lipsă de termos biberonul pregătit cu lapte se înfășoară cu ziare în mai multe straturi, hârtia fiind un bun izolant termic.

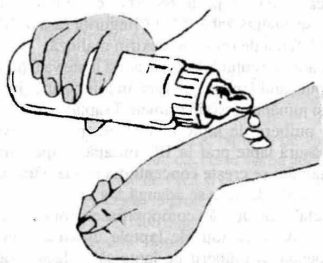


Fig. 2.51 - Testarea temperaturii laptelui.

Este interzis mamei să ia tetina în gură pentru a verifica temperatura conținutului biberonului!

Nu se va încerca încălzirea biberonului la flacăra aragazului (pericol de accident) și nici introducerea lui într-o oală cu apă clocotită; se sparge biberonul!

În ultimul timp mulți medici susțin că laptele poate fi oferit la temperatura înconjurătoare. De fapt, în multe familii (mai ales de la țară) laptele nu este încălzit și se pregătește cu apă la temperatura camerei. Unii pediatri au încercat să dea laptele scos direct de la frigider nounăscuților la termen și la prematuri și au comparat somnul, modul de a bea, luarea în greutate, plânsul, regurgitațiile, materiile fecale.

În momentul alimentației, sugarul trebuie să fie în stare de veghe, liniștit, iar mama să se instaleze comod, de dorit fără martori și cât mai calmă. Nu se forțează sugarul să consume toată rația. Nu se întrerupe alimentația pentru alte preocupări.

În timpul întregii durate a suptului, biberonul trebuie să fie astfel înclinat pentru ca gâtul biberonului și tetinei să fie pline cu lichid, fără aer. Prezența bulelor care

urcă la suprafață în biberon constituie proba că tetina este corect găurită și că laptele se scurge bine. Din timp în timp se retrage încetișor tetina din gura sugarului pentru a evita ca suptul să nu creeze un gol ce l-ar împiedica să aspire laptele. Înainte de a-l introduce din nou în gură, se verifică permeabilitatea tetinei, ale cărei orificii se astupă cu ușurință. Poziția mai mult sau mai puțin strânsă a inelului care fixează și menține tetina permite să se regleze debitul scurgerii laptelui în funcție de energia suptului și de mărimea orificiului (sau orificiilor) tetinei. *Un supt durează în mod obișnuit 10 până la 20 minute.* După supt, sugarul va fi ținut în poziție verticală sau culcat pe burtă pe genunchi sau, și mai bine, ținut în brațe în poziție verticală lipit de corpul mamei, cât mai puțin înfășat sau chiar gol "piele la piele". Căldura și compresiunea locală realizate prin contactul cu corpul mamei favorizează eliminarea gazelor din stomac, normalizează peristaltismul, calmează colicile.

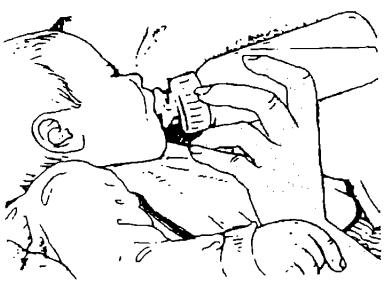


Fig. 2.52 - Biberonul trebuie ținut în așa fel ca tetina să fie plină.

Niciodată nu trebuie să se instaleze un sugar ca să tragă singur din biberon. Pe de o parte el poate scăpa tetina și să nu poată s-o repună în gura sa, ceea ce este frustrant, dar mai ales, debitul laptelui se poate accelera și ajunge pe o cale falsă (pe trahee) cu riscul de a-l sufoca.

După ce elimină "aerul", sugarul va fi culcat în pat pe partea dreaptă. Poziția de "culcat pe burtă" a fost contraindicată în ultimul timp, fiind bănuită că ar sta la originea unor cazuri de moarte subită. În această poziție laptele trece mai ușor prin pilor din stomac în duoden și dacă sugarul regurgitează, lichidul se va scurge în afară, eliminând riscul de inhalare și de falsă cale. Unii sugari care elimină greu aerul preferă să fie puși mai întâi pe partea stângă pentru a ușura trecerea gazelor din stomac spre intestin; după eliminarea gazelor și acești sugari vor fi întorși pe partea dreaptă.

Fiecare sugar este diferit și părinții își vor da seama foarte repede ce convine mai bine copilului. Laptele rămas în biberon se aruncă și se curăță materialul folosit.

Cantitatea (rația) de lapte. Lăpturile pentru sugari (după germani - adaptate; după francezi - prima vârstă; după americani - formula), ca și în alimentația naturală, permit o mare suplețe în ce privește orarul și numărul meselor. Rațiile sunt *deci teoretice* și nu reprezintă decât media. De la un sugar la altul și de la o zi la cealaltă pentru același sugar, rațiile consumate sunt variabile. Tot ce se spune în rândurile următoare constituie o orientare generală, fiecare sugar având dreptul, dacă nu datoria, de a-și manifesta personalitatea cu care s-a născut.

Rația teoretică. Cantitatea de lichide ca și numărul de mese variază în limite foarte largi. Nou-născutul își stabilește treptat intervalul, numărul de mese și rația de lapte. Mai înainte se fixa ca rație-standard 150 ml/kg și pe zi, pentru acoperirea nevoilor medii. În primele zile nou-născuții se satură cu circa 160-200 ml în 24 ore (H.Ewerbeck și E.Schmidt). Unii sugari - este adevărat, mai puțini - se satură și cresc în greutate cu rații mult mai mici (de circa 100-120 ml/kg corp/zi).

Rația teoretică în primele zile de viață se face după formula Finkelstein: (numărul de zile de viață - 1) x 70 g. De exemplu (8 zile-1)x 70 = 490 ml, divizat la numărul de mese pe 24 ore.

Între a 10-a zi și a 28-a zi de viață 1/6 din greutatea corpului sau cât vrea nou-născutul.

În general, produsele europene se prepară cu o măsură de 30 ml apă (multiplul lui 30), iar cele americane cu o măsură la 50 sau 60 ml la 100 ml.

Așa cum am amintit mai sus, fiecare sugar are ritmul său, intervalele dintre mese pot fi inegale și cantitățile luate la fiecare biberon variabile. Trezirea spontană este cel mai bun indicator al orarului. Ideal este să se aștepte cel puțin 3 ore între două supturi. Nu trebuie niciodată să se forțeze un sugar să termine laptele dintr-un biberon. Dacă el nu dorește, se poate ajunge la inapetență rebelă.

Forţarea sugarului să mănânce constituie cauza cea mai frecventă a inapetenţei!

Dacă sugarul este trezit dintr-un somn adânc ca să mănânce, el este nervos, morocănos şi va suge prost.

Biberonul se dă la ore fixe sau la cerere? Pe această problemă s-a discutat multă vreme. La noi în ţară, decenii în şir s-a susţinut în toate formele de învăţământ medical şi s-a încercat punerea în practică a orarului fix. Partizanii disciplinei fixe se opun adepţilor libertăţii totale. *Personal sunt adeptul alimentaţiei (la sân sau cu preparate adaptate sau parţial adaptate) la cerere.* Majoritatea sugarilor nu se supun orariilor fixe. Se va ţine seama mai întâi de ce convine sugarului şi în al doilea rând al mamei. Până la urmă se ajunge la un compromis între nevoile sugarului şi dorinţele mamei. Dacă ne referim la comportamentul spontan al mamiferelor şi al femeii în unele societăţi (la sate, la noi în ţară sugarul este alimentat "la cerere"), alimentaţia liberă este cea mai fiziologică. Copilul ia "la cerere" cantitatea de lapte pe care o vrea şi în momentele pe care le doreşte. Dacă însă se ia în seamă activitatea femeii moderne în lumea noastră civilizată, alimentaţia la cerere generează adesea mari dificultăţi. Această practică împiedică pe mamă să aibă un repaus al ei sau de a-şi programa folosirea timpului. Unele mame care o încearcă se extenuează repede. În trecut, milioane de sugari au fost alimentaţi la ore fixe şi nu s-au observat tulburări psihice sau corporale.

O mamă care este convinsă (trebuie să se ştie că acest simţământ este mai mult intelectual decât instinctiv) că este preferabil să asculte de copilul său şi să-i dea biberonul când el îl cere, nimeni nu o împiedică. Dacă ea nu resimte nici o oboseală, nici o frustrare, nici o jenă în viaţa zilnică (sau dacă ea acceptă în numele a ceea ce ea crede că este interesul superior al copilului), ea face o alegere bună (L.Rossant). De altfel, cu timpul, sugarul ajunge să-şi reglementeze un orar fix. Din contră, mama care-şi dă seama că alimentând un sugar "la cerere" nu mai poate să se ocupe în acelaşi timp de ceilalţi copii, de soţ, de gospodărie, de prieteni, de ceea ce are poftă să facă, este în interesul său de a planifica ore aproape fixe (fără a fi însă draconice!). O deviere de o jumătate de oră în plus sau în minus este cel mai firesc.

Numărul de mese în prima săptămână este de 6-8 mese în 24 de ore, iar după aceea în cursul următoarelor 6-8 săptămâni de 5-7 mese, eventual un biberon în timpul nopţii. În trecut nu se recomanda un biberon de noapte. Înainte de 3 luni majoritatea sugarilor mai cer să mănânce şi în timpul nopţii. Ar fi crud şi absurd să se lase un sugar să plângă de foame în timpul nopţii. El nu poate fi calmat cu ceai pentru că el plânge de foame şi nu de sete. Suprimarea biberonului de noapte nu ţine nici de medic şi nici de părinţi, ci de nevoile copilului. De multe ori, sugarul renunţă mai întâi la suptul de la orele 23-24 şi mai târziu la cel de la ora 2. Prima masă se dă în momentul în care se trezeşte nou-născutul şi apoi i se va da să mănânce atunci când dă semne că-i este foame. În general, sugarii mănâncă din 3 în 3 ore, cu variaţii de orar de un sfert de oră. Între masa întâi şi a doua intervalul este adesea mai mare. În general, sunt de subliniat şi în alimentaţia artificială:

– *nu se trezeşte sugarul din somn;*

– *nu se aşteaptă ora mesei;*

– *nu se face pauză între mese;*

– *nu se forţează sugarul să consume o anumită raţie;*

– *nu se întrerupe administrarea laptelui pentru alte obligaţii gospodăreşti* (telefon etc.);

– *nu se alimentează sugarul cu martori şi mai ales cu consilieri;*

– *nu se schimbă preparatul de lapte cu un altul decât la sfatul medicului. Dacă este nevoie de schimbare, aceasta se va face treptat, cu cantităţi mici, testând reacţiile sugarului (modul cum îl primeşte, diaree, vărsături etc.);*

– *ceaiul este necesar numai în situaţii speciale. Atunci când se administrează se va îndulci cu 5 g (o linguriţă rasă) la 200 ml şi nu cu 5 g la 100 ml cum se făcea înainte, pentru că produsele adaptate nu sunt îndulcite şi sugarul va prefera ceaiul îndulcit excesiv;*

– *biberonul de noapte va fi pregătit de seara, păstrat în frigider la temperatură în jur de 4° C şi doar se încălzeşte înainte de administrare;*

– *tentativele de a "scăpa" de biberonul de noapte, întârziindu-l pe cel de seară sau preparându-l cu o concentrare mai mare nu sunt urmate de succesul dorit;*

– *produsele de lapte - pulbere granulat, în primele zile se prepară cu 2 măsuri la 90 ml apă şi nu cu 3 măsuri, pentru că unii nou-născuţi primesc mai greu un lapte mai vâscos;*

– *creşterea greutăţii la nou-născuţi se înregistrează după 2 săptămâni de viaţă, aşa că progresul ponderal "ca la carte" (de 170-210 g pe săptămână) se înregistrează în săptămânile viitoare;*

– urmărirea progresului ponderal se face săptămânal şi nu zilnic şi în nici un caz mai rar de 1 lună;

– produsele de lapte adaptat sau parţial adaptat nu se fierb, spre deosebire de laptele de vacă (inclusiv cel pasteurizat) sau celelalte produse de lapte pulbere;

– să nu se uite că biberoanele şi tetinele se spală cu apă rece imediat după folosire.

Concluzii

Alimentaţia artificială reprezintă o formă eficientă de hrănire a nou-născutului şi sugarului, dacă se respectă regulile de igienă, dacă produsul lactat este bine ales, de bună calitate şi riguros preparat. Un sugar alimentat corect cu un preparat de lapte de vacă, se dezvoltă foarte bine (fizic şi neuromotor) este mulţumit. În familiile mai puţin evoluate (educaţie, civilizaţie), sugarii se îmbolnăvesc mai des. Spre deosebire de trecut, mortalitatea nu mai este ridicată.

Produsele industriale de lapte ("formulele", lăpturi adaptate, parţial adaptate, de continuare), beneficiile civilizaţiei moderne (frigider etc.) şi modificarea concepţiilor pediatrilor au dus la o etapă în care sănătatea sugarilor este mai puţin periclitată, iar munca mamelor mult uşurată.

Vitaminele, mineralele şi apa

Vitaminele (cu excepţia vitaminei D), sărurile minerale şi apa sunt suficiente în laptele uman şi în produsele adaptate şi parţial adaptate ("formulele" după terminologia americană) sunt suficiente. La nou-născut, flora microbiană intestinală nefiind suficient dezvoltată, se injectează intramuscular vitamina K imediat după naştere pentru a preveni hemoragiile.

Suplimentările de vitamine funcţionează în funcţie de vârsta sugarului şi de tipul de alimentaţie (tipul de formule, dacă se foloseşte laptele de vacă fiert, produse de lapte-pulbere "clasic" etc.). Insistăm asupra faptului că "formulele" americane au adaosuri de vitamine (inclusiv vitamina D!) şi săruri minerale (fier). Produsele europene, în marea lor majoritate, nu au suplimente suficiente de vitamina D, de fier şi fluor, care trebuie administrate separat.

Laptele de mamă conţine toate mineralele şi vitaminele (în afară de D) aşa că la aceştia nu este nevoie de introducerea precoce de sucuri sau pulpă de fructe.

Vitamina D (cholecalciferol sau vitamina D) se găseşte în natură numai în câteva alimente şi în cantităţi foarte mici: ficat, gălbenuş de ou, unt, smântână şi "untura de peşte". O altă sursă de vitamina D se obţine prin expunerea pielii la radiaţiile ultraviolete din lumina soarelui. În piele se găseşte un derivat de colesterol (7-dehidrocholesterol). Nevoile de vitamină D sunt mai mari la prematuri şi la gemeni. La sugarul normal acestea sunt între 400 şi 1 000 unităţi internaţionale de vitamină D pe zi. Dozele sunt fixate de medic.

La noi în ţară se preferă de unii medici administrările sub formă de terapie de şoc (Stosstherapie), care are unele avantaje:

– profilaxia se poate planifica şi controla de către medic şi asistenta de ocrotire;

– se evită apariţia de rahitism la copiii cu mame nedisciplinate şi la cei care prezintă unele boli (diarei rebele, sindroame de malabsorbţie etc.).

Administrarea zilnică este metoda care se potriveşte funcţiilor organismului copilului, care poate fi individualizată şi care nu se însoţeşte de efectele secundare produse de supradozare şi de injectarea unor doze de şoc. Administrarea zilnică nu se poate aplica decât dacă mama este foarte conştiincioasă şi disciplinată pentru a respecta doza prescrisă. Dacă într-o zi, din diferite motive, mama nu a dat vitamina D, nu va dubla doza, ci numai doza pe o zi. Dacă aportul de vitamină D se întrerupe 1 zi, nu se întâmplă nimic rău, dar rărirea frecventă şi nerespectarea dozelor prescrise, contrar prescripţiilor medicale, reprezintă un risc. Dacă în maternitate s-a administrat doza-şoc sub formă injectabilă (200 000 unităţi internaţionale) nu se mai administrează deloc vitamina D în cursul primei luni de viaţă.

Schema profilaxiei rahitismului cu vitamina D recomandată la noi de Ministerul Sănătăţii sub formă de injecţii este următoarea în primul an de viaţă: câte o injecţie de vitamină D_2 sau D_3 de 200 000 unităţi internaţionale la naştere, 2, 4, 6, 9 şi 12 luni, flancate de 10 zile (5 înainte şi 5 după injecţie) de administrarea de calciu (fiole sau tablete) pe gură.

În fixarea dozelor zilnice se va ţine seama de recomandările forurilor ştiinţifice internaţionale şi naţionale, de organismul sugarului, de eventuale semne de rahitism ce survin şi de cele scrise în prospectele fixate de firma producătoare.

În ultimii ani la noi în ţară s-au folosit: preparatul românesc - vitamina D_2: 2 picături pe zi; *Vigantol* (Merck): 1-2 picături pe zi (500- 1 000 u.i.); *Sterogyl*

(Franța): 3 picături pe zi (1 200 u.i.); VI - DE - 3 Wander (Elveția): 1 picătură 400 u.i.; VI-Daylin (SUA): 400 u.i. Ultimul preparat este o polivitamină, care indiferent de preparatul comercial conținutul în vitamina D fiind de 400 u.i. pe zi. Produsul Vigantol se găsește și sub forma de tablete de 500 u.i. sau de 1000 u.i. cu sau fără fluor (F-Vigantoletten).

Disfuncțiile digestive, hepatice sau renale pot reduce activarea vitaminei D și poate determina apariția semnelor osoase de rahitism.

Copiii bruneți sunt mai susceptibili la rahitism, deoarece pigmentul melanic inhibă parțial formarea vitaminei D în piele.

Intoxicarea sau dozele excesive de vitamina D poate determina unele efecte adverse ca:

• *Tulburări gastrointestinale* (inapetență, vărsături, scăderea greutății, constipație sau diaree).

• *Poliurie* (urinează des), *polidipsie* (sete), *deshidratare.*

• *Modificări de comportament* tulburări de somn, indispoziție, oboseală.

• *Calcificări în țesuturi* ca: rinichi, plămâni, vasele sanguine, inima. Survin excepțional de rar.

Vitamina C. În perioada de nou-născut nu este necesar adaosul de vitamina C. La sugarii alimentați natural nu este nevoie de introducerea de sucuri de fructe în primele luni de viață și nu cum se făcea până acum (la 6-8 săptămâni). Unii autori recomandă totuși chiar din primele luni și suplimente de vitamină C și A.

Fierul (ca adaos) nu este necesar în prima lună, ci mai târziu.

Fluorul. Conținutul în fluor al tuturor tipurilor de lapte este scăzut și trebuie adus din apă (acolo unde are o concentrație corespunzătoare) sau suplimentar. Administrarea de fluor sub formă de picături sau tablete trebuie să înceapă imediat după naștere (a 7-a până la a 14-a zi de viață) și să continue până când mineralizarea și maturizarea dentară este completă (la pubertate). Nivelul suplimentării este ajustat în funcție de vârsta copilului și de concentrația fluorului în apa de băut. Calciul poate inhiba absorbția fluorului, așa că mama nu va administra fluorul în lapte. La noi în țară s-a folosit produsul Zymafluor sub formă de mici tablete (0-2 ani: 0,25 mg; 2-4 ani: 0,50 mg; 4-6 ani: 0,75 mg; peste 6 ani: 1 mg).

Apa. Cantitatea necesară sugarului pe kgcorp este mai mare decât cea utilizată de adult. Apa folosită în metabolismul organismului copilului este mai mare, deoarece apa corporală reprezintă 3/4, în contrast cu 2/3 la adult. Suprafața corporală (mai mare) și imaturitatea funcției renale fac ca apa să nu fie reținută în mod adecvat. Rația medie de apă este de 150-175 ml/kg corp.

Necesarul de apă al sugarului este satisfăcut, în general, prin alimentația naturală și artificială, dacă se face cu preparate adaptate. În anumite situații cum ar fi cameră prea încălzită, în zilele prea calde de vară, pierderi mari de lichide (vărsături, diaree), este nevoie să se dea apă (ceai de chimen sau/și anason). Când se bea lapte cu prea multe proteine (laptele de vacă integral sau prea puțin diluat), sugarul este însetat (urinează rar, buzele sunt uscate, limba este lipicioasă, fontanela se deprimă) și este nevoie să se dea și apă fiartă și răcită sau ceai de plante îndulcit cu glucoză sau cu zahăr. Setea apare la nou-născuții și sugarii hrăniți cu lapte adaptat când mama pregătește biberonul cu lapte în concentrație mai mare decât cea indicată pe cutie. Un sugar însetat se comportă adesea ca unul înfometat. Dacă i se dă lapte în loc de apă, atunci dezechilibrul se accentuează și apare toată constelația de manifestări mai mult amintite mai sus.

Dacă nou-născutul și sugarul este alimentat natural sau cu "formule" de lapte nu este nevoie să se "completeze" cu ceai.

3 SUGARUL (de la 1 lună la 12 luni)

3.1. De la 1 la 2 luni

Sugarul își stabilește treptat un ritm propriu al funcțiilor vitale. Mama îl observă în permanență și-l ajută în acest sens. El a "propus" un orar, cu care se încadrează în viața de familie, ușurând astfel munca mamei: numai parțial însă, deoarece el continuă să o solicite încă foarte mult. Aceasta nu trebuie să-și facă planuri prea mari: vizitele la rude și la prieteni nu pot fi reluate; îngrijirile sugarului o blochează aproape toată ziua. Dacă are un ajutor în gospodărie este bine ca muncile casnice să fie lăsate pe seama acelei persoane, iar mama să se ocupe de sugar. Subliniem această recomandare pentru că știm din experiență că multe mame au tendința de a munci prea mult în această perioadă, uneori treburile casnice trecând pe primul plan. Este necesar ca preocuparea mamei să fie concentrată asupra sugarului, care are nevoie de uniformitate, adică să fie îngrijit de aceeași persoană, de preferat de către mamă. Numai așa se vor obișnui și se vor cunoaște reciproc. Sugarul se va familiariza în primul rând cu mama, o va deosebi în curând de alte persoane; îngrijit numai de ea, se va obișnui cu modul ei de a-l alimenta, de a-l schimba, de a-l ține în brațe; iar cu timpul, cu imaginea figurii, cu mirosul corpului, cu tonalitatea vocii, cu mângâierile ei. Numai mama (sau, la nevoie, persoana care-l îngrijește multă vreme și corect) îi dă sentimentul de siguranță, de încredere. Sugarul va fi liniștit, va mânca bine, își va fixa un anumit program, iar în perioadele de veghe va începe să-și îmbogățească "repertoriul" manifestărilor motorii și psihice.

La rândul ei, mama – care a avut atâtea perioade de îndoieli în primele săptămâni – va începe să fie antrenată și stimulată de progresele sugarului.

Creșterea în greutate și în lungime este cea mai accelerată în lunile a II-a și a III-a de viață. Psihomotor la circa 6-8 săptămâni sugarul își ține capul. Cu fiecare săptămână el este tot mai viol, personalitatea începe să se dezvolte, somnul devine mai organizat, urmărește vocea, fața și mișcările mamei.

La 6-8 săptămâni, sugarul *zâmbește* pentru prima dată; este prima manifestare umană, independentă de nevoile lui fiziologice.

Organizarea zilei. Orarul zilnic trebuie să se reglementeze. Se va ține seama atât de dorințele sugarului, cât și de programul întregii familii.

Dacă sugarul primește prima masă între 5,30-6 dimineața este bine ca mama și sugarul să se culce din nou. Dacă, dimpotrivă, prima masă este primită la ora 7, aceasta coincide cu începutul activității în casă.

Plimbările se fac în funcție de anotimp: vara între prima și a doua masă, iar după amiaza – spre seară. Iarna prima ieșire va fi după ora 10 sau chiar 11 (masa a II-a), iar după-amiaza – în jurul orei 15.

Baia se va face mai devreme, în jurul orei 20, înainte de penultima masă; în nici un caz după orele 22.

Alimentația

Alimentația naturală

A. Orarul meselor. Nu există o regulă strictă în ce privește numărul și importanța meselor; reafirmăm că fiecare sugar își are ritmul și nevoile sale alimentare. Rolul mamei și al asistentei este de a le dezvălui și de a adapta regimul. La 4-6 săptămâni, cei mai mulți sugari s-au obișnuit cu orarul de 6 mese (chiar 5 mese). Dacă sugarul este alăptat, el își crește treptat cantitatea de supt (pe masă), sugând mai mult și mai viguros. Sugarul înțărcat necesită, de asemenea, treptat, cantități mai mari de lapte. Mulți sugari nu au încă un orar regulat al meselor. De multe ori este vina mamei. Nu este obligatoriu ca intervalele dintre mese să fie perfect egale, dar ar trebui să apară o schemă și o oarecare regularitate în ceea ce privește orele de supt, cel puțin după 5-6 săptămâni.

a) *Alimentația în timpul nopții*. Multe mame întreabă când trebuie să doarmă un sugar neîntrerupt noaptea, fără a mai cere o masă. Nu se poate spune cu certitudine dacă acest lucru se poate obține până la sfârșitul celei de a doua luni. La 6-8 săptămâni cei mai mulți sugari nu se mai trezesc noaptea. O parte dintre ei renunță

mai întâi la masa de la ora 23-24 și numai după aceea la masa de la ora 2.

b) *Cum se poate desființa masa de noapte.* Cei mai mulți sugari renunță de la sine la masa de noapte. Mama se va îngriji ca ultima masă de seară să fie substanțială. Dacă este hrănit la sân i se va da să sugă din ambii sâni. Dacă mama are impresia că la această masă sugarul ar putea mânca mai mult, va consulta medicul, care va stabili dacă este utilă o completare.

c) *Ce înseamnă dacă un sugar suge la o masă numai câteva minute și apoi plânge din nou după 2-3 ore.* S-ar putea să fi înghițit mult aer (simțindu-se sătul pentru moment) sau să nu se fi săturat de supt. Dacă sugarul a golit un sân și continuă să tragă din primul sân cu vigoare va fi pus și la celălalt. La masa următoare, sânii vor fi oferiți în ordine inversă. În cazul în care, pe lângă aceste manifestări, la cântărirea săptămânală se constată că sugarul nu crește sau chiar scade în greutate, se anunță medicul de familie pentru a se cunoaște precis cantitatea de lapte supt în 24 de ore. Completarea se va face după consultul cu medicul.

B. Sugarul adoarme la sân. În unele cazuri sugarul s-a obișnuit să fie ținut în brațe. Senzația de confort și plăcerea pe care o oferă contactul și căldura corpului mamei îl fac să prefere să fie ținut și să adoarmă în brațele mamei. La tentativele de alăptare trage de câteva ori din sân și apoi adoarme. Dacă este retras de la sânul mamei se "trezește" și începe să plângă. Pus din nou la sân trage din mamelon de câteva ori și începe să picotească. Comportamentul respectiv este consecința ținerii în brațe a sugarului în mod nemotivat, repetat și prelungit. Fără a-l forța, va fi repus mereu la sân, încercând prin mici manevre (mișcări de "du-te – vino" ale mamelonului, "ciupituri" fine de obraz etc.) să-l faceți să sugă continuu, fără a mai adormi.

C. Cum poate fi împiedicat sugarul să înghită prea mult aer? Când începe să sugă mai încet, mama îl va retrage de la sân, îl va lăsa să eructeze și apoi îl va alăpta în continuare. Se poate întrerupe suptul de 2-3 ori pentru eructații, dacă sugarul nu protestează și dacă după aceea continuă să sugă. De multe ori este nevoie de mai multe întreruperi, ținând sugarul în brațe, cu burta lipită de corpul mamei, "piele la piele". Căldura și compresiunea locală reduc eructațiile și calmează durerile.

D. Sânii se golesc la fiecare supt. Până la normalizarea secreției lactate este bine ca sânii să fie goliți de câteva ori pe zi. În felul acesta, glanda mamară va fi stimulată pentru o bună secreție. Când, contrar așteptărilor, sânul nu este golit la un supt, restul de lapte trebuie să fie muls fie cu mâna, fie cu pompa.

E. Ce se face dacă mama lipsește de acasă? În luna a doua, dacă mama lipsește o dată de acasă se poate da, în locul suptului respectiv, fie ceai, fie o masă de lapte de mamă, muls în condiții de curățenie perfectă, păstrat la frigider și fiert înainte de a fi dat sugarului, fie un preparat de lapte parțial adaptat (Milupa 1, Similac, Humana 1, Nan, Beba etc.).

F. Variația apetitului. Cantitatea luată la fiecare masă este variabilă. La primele două supturi sugarul este mai înfometat. Variabilitatea apetitului nu numai că este normală, ci constituie și o dovadă că sugarul are ritmul său personal de alimentare.

G. Rațiile prescrise de pediatru sau menționate în această carte servesc numai ca reper; mama nu va încerca să le impună sugarului său. Dacă un sugar este însă înfometat, după ce a primit rația prescrisă, nu este nici o rațiune de a-i refuza completarea pe care o cere: dacă, dimpotrivă, el nu vrea toată cantitatea propusă, este inutil de a-l contrazice.

Mama care-și alăptează sugarul este de acum inițiată. În cazul în care nu are lapte suficient, ea își dă seama care din supturi este deficitar, fără să fie nevoie să cântărească sugarul înainte și după fiecare masă. De obicei, mama are mai puțin lapte la supturile III și IV, din miezul zilei, când, datorită solicitărilor din cursul dimineții o ajunge oboseala sau se pierde cu firea. La aceste mese din mijlocul zilei poate fi necesar să facă completări cu cantități mici, crescute progresiv cu un lapte adaptat sau parțial adaptat, iar la sate cu lapte de vacă diluat (vezi 115-118 și 127). Sugarul a prins gustul sânului, are putere să sugă, așa încât el nu se mai înțarcă, chiar dacă primește 1-2 completări cu biberonul. La rândul ei, mama este datoare să-i dea să sugă, chiar dacă laptele supt nu reprezintă decât o treime din rație. Pe lângă valoarea biologică, laptele de mamă are și o importanță psihologică. Nu se renunță la alăptare decât la sfatul medicului și după indicațiile lui asupra modului cum se procedează practic.

Sugarul trebuie să mănânce cu poftă, cu plăcere. Alăptarea, și mai târziu orele de masă, sunt momente când sugarul simte și începe să savureze contactul cu mama și grija ce i-o acordă. Din experiența că la

fiecare alăptare îi sunt satisfăcute câteva dorințe, el învață să aibă încredere în mama sa. Agitația sau starea de tensiune a mamei sau a restului familiei nu permit să se nască acest sentiment de siguranță și de încredere.

H. Alimentația sugarului trebuie să se desfășoare în condiții optime. Mama va aștepta ca sugarul să fie bine trezit din somn pentru a-l hrăni. Din a doua lună el începe să-și manifeste dorința de a mânca: întoarce capul la dreapta și la stânga ca și când caută ceva, își mișcă și întinde buzele, schițează mișcările de supt și numai după aceea începe să țipe. Așteptând ca sugarul să ceară singur să mănânce se previn tulburările de apetit.

Dacă i se dă să mănânce pe jumătate adormit, el are să sugă, dar într-un mod automat și "pasiv", fără a avea impresia de foame, fără plăcere, fără întreaga stimulare pe care i-o dă acest moment privilegiat petrecut lângă mama sa. Se riscă astfel să se împiedice trezirea progresivă a apetitului, care nu vine decât după multiple experiențe de mese plăcute și de foame satisfăcută.

Mama se va strădui ca în timpul alăptatului să fie destinsă, detașată de alte griji. Se va retrage într-un loc liniștit, astfel încât sugarul să se simtă în siguranță și să asocieze hrănirea și prezența mamei cu un moment fericit.

Familia se va strădui să creeze condiții materiale și psihice favorabile unui echilibru sufletesc corespunzător mamei. În a doua lună, sugarul suge cu tot mai multă vigoare și mai repede. După alimentație, când este ținut în brațe, lipit de pieptul mamei și cu capul pe umerii acesteia pentru a eructa, va fi mângâiat pe frunte și se va vorbi cu tandrețe. Odată cu eructația, ținerea la piept, căldura corpului mamei și vocea blândă îl liniștesc repede și adoarme în câteva minute. Încetișor este culcat pe o parte. Nu este necesar adaosul de sucuri de fructe.

Alimentația artificială

Alimentul cel mai potrivit în luna a doua de viață este un preparat din laptele adaptat (Pre-Aptamil, Pre-Beba, Similac, Morinaga etc.) sau din grupul denumit "lapte de început", "lapte de durată", care poate fi și parțial adaptat (Aptamil 1, Milumil 1, Nutrilon Premium, Humana 1, Beba, Nan) sau formule (Similac, Nutricare special etc.). Pentru modul de preparare, fixarea concentrației și a cantităților pe mese, mama se va ghida după indicațiile de pe etichetă și recomandările medicului (tabelul 3. 1).

TABELUL 3. 1

PRODUSE INDUSTRIALE DE LAPTE PENTRU SUGARI
(1 LUNĂ - 12 LUNI)[1]

Luna a II-a	*Lăpturi parțial-adaptate de început:* Aptamil 1, Milumil 1, Humana 1, Nutrilon Premium, Adapta 1, Humana baby-fit, Nan, Beba *Formule:* Bebelac, Similac (cu sau fără fier), Nutricare special, Morinaga
Lunile a III-a și a IV-a	La fel
Luna a V-a	*Lăpturi parțial adaptate - de continuare:* Aptamil 2, Milumil 2, Humana 2, Nutrilon plus, Humana baby-fit, Beba, Nan *Formule:* Similac cu fier, Nutricare special, Morinaga, Bebelac
Luna a VI-a	La fel ca în luna a V-a. În plus se pot introduce "Brei"-uri Produsele denumite "Brei", constituite din lapte cu adaosuri din pulbere de cereale, de fructe sau/și zarzavaturi se introduc în general la ultima masă, celelalte mese de lapte rămânând cu lăpturi simple (Milumil 2, Similac etc.). Unele din ele (cele cu mere sau banane) se pot introduce din luna a IV-a, pe care sugarii le primesc și sunt foarte bine tolerate. La masa a III-a se introduce piureul, la început numai la zarzavat (morcovi și cartofi) și apoi cu carne sau gălbenuș de ou, iar la masa a II-a mere rase sau banane.
Din luna a VII-a	- o masă de lapte parțial-adaptat de continuare (Aptamil 2, Nutrilon plus, Milupa 2, Beba,Nan etc.) sau o formulă simplă sau cu adaosuri (Similac gain), - la ora 10 gustare: fructe (banane, mere, piersici) cu sau fără cereale instant, - sau lapte de vacă integral; *la prânz* - piure de zarzavat cu ulei sau unt cu carne sau gălbenuș de ou, - apă, compot sau suc de fructe *gustarea de după amiază*: Milubrei Yoghurt - fructe, iaurt cu cereale instant sau fructe strivite cu brânză de vaci compot, ceaiuri *seara* fie ca dimineața, fie un "*Brei*" de lapte cu cereale
Din luna a XII-a	*dimineața*: lăpturi parțial adaptate de continuare (Milumil 3 etc.) sau formule cu adaosuri (Similac gain) sau lapte de vacă integral *gustarea de la ora 10*: fructe, compot, biscuiți

[1] Vezi și tabelele 2.1 și 2.2 (pag. 115).

prânz: piure de zarzavat (variate) ± cereale + carne sau gălbenuş de ou apă, compot, suc de fructe sau ceaiuri	
gustare: orice produs "Brei" variat (iaurt, fructe cu cereale) şi/sau brânză de vaci, prăjitură de casă, creme	
seara: un produs de lapte plus cereale date cu biberonul, cu ceaşca sau cu linguriţa	

În tabelul 3.2 se prezintă produsele de lapte cu cereale, furnizate de firmele "Milupa" şi "Nutricia".

TABELUL 3. 2

PRODUSE DE LAPTE CU CEREALE, GĂSIBILE LA FARMACII RECOMANDATE DE FIRMELE "MILUPA" ŞI „NUTRICIA" PENTRU SUGARI ŞI COPII MICI

Produs	Vârstă	Număr mese	Observaţii
*Milubrei Banane** (Cereale cu lapte, orez, banane, fără zahăr)	4 luni	la masa de seară	Sugari cu scaune mai moi
*Cereale cu lapte, orez şi banane (Bebelac Nutricia)**	4 luni	la masa de seară	sugari cu scaune mai moi
Miluvit "Mit" Cereale cu lapte, orez şi porumb	4 luni	la masa de seară	sugari cu tendinţă la constipaţie
Milubrei cu măr şi morcovi, orez, morcovi fără zahăr	4 luni	masa de seară	sugari cu scaune moi
Cereale cu lapte, orez şi caise (Bebelac, Nutricia)	4 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Cereale cu lapte - 4 cereale (Bebelac "Nutricia")	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Cereale cu lapte, grâu şi mere (Bebelac, "Nutricia")	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Cereale cu lapte, grâu şi fructe (Bebelac, "Nutricia")	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Milubrei Fruchte (Cereale cu lapte, orez, griş şi fructe)	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Milubrei Butterkeks (Cereale cu lapte, grâu, orez, biscuiţi)	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Milubrei Vollkorn (Şapte cereale cu lapte)	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Cereale cu lapte, orez şi zmeură* (Bebelac, "Nutricia")	8 luni	masa de seară sau ora 18	sugari cu scaune normale
Milubrei Yoghurt-Fruchte (Cereale cu iaurt, fructe, grâu şi fulgi de orez)	8 luni	masa de la ora 18	sugari cu scaune normale
Milubrei "Junior Musli" (Cereale cu lapte, grâu şi ovăz)	după 8 luni	masa de dimineaţă şi seară	sugari şi copii mici

* Nu conţin gluten

TABELUL 3.2. bis

PRODUSE DE CEREALE FĂRĂ LAPTE (MILUPA, NUTRICIA) PENTRU SUGARI ŞI COPII MICI

Produs	Vârstă	Număr mese	Observaţii
Milupa - griş	6 luni	1	
Milupa - 7 cereale	6 luni	1	
Milupa - 7 cereale cu pesmet	6 luni	1	
Bebelac orez	4 luni	1	sugari şi copii mici cu scaune mai moi
Bebelac porumb	4 luni	1	sugari şi copii mici cu tendinţă la constipaţie
Bebelac orez şi mere	4 luni	1	sugari şi copii mici cu scaune mai moi
Bebelac grâu şi banane	6 luni	1	

În tabelul 3.3 sunt prezentate produsele de cereale instant furnizate de firma "Nestlé" şi care se folosesc ca adaos la produsele de lapte de vacă sau praf "clasic" şi la îmbogăţirea piureurilor de zarzavat sau de fructe. Produsele de cereale (simple sau cu fructe) se folosesc începând de la vârsta de 3 luni, iar cele de grâu (cu miere sau fructe) după vârsta de 6 luni.

A. Raţia medie zilnică. În săptămâna a 5-a – a 8-a, raţia de lapte pentru 24 de ore este de 150-175 ml/kg/zi, respectiv 650-800 ml, deci 130-160 ml/masă, dacă se dau 5 mese şi 110-140 ml/masă, dacă se dau 6 mese. Cifrele sunt pur orientative. Fiecare sugar îşi individualizează "raţia"; criteriul major este modul cum progresează în greutate: unii cresc cu o raţie zilnică de 60-70 ml/kg/zi, iar la alţii nu este suficientă nici raţia de 160-180 ml/kg/zi. Există o regulă simplă preconizată de medicul rus Şcarin. Cantitatea de lapte se calculează în modul următor, în primele luni de viaţă: a) la 8 săptămâni se dau copilului 800 ml lapte/24 ore; b) pentru fiecare săptămână în minus se scad câte 50 ml lapte din cantitatea pentru 24 ore; c) pentru

PRODUSE DE CEREALE INSTANT, FURNIZATE DE FIRMA "NESTLÉ"

Produsul		Cereale fără lapte						Cereale cu lapte	
		Orez		Orez 3 fructe		Grâu miere		Grâu 3 fructe	
		100 g	Porție	100 g	Porție	100 g	Porție	100 g	Porție
Energie	Kcal/KJ	372/1550	160/670	366/1530	200/820	396/1650	200/860	411/1720	210/860
Grăsimi	g	0,7	4,95	0,7	6,10	4,0	6,92	9,0	4,50
Proteine	g	7,3	5,8	6,5	6,9	8,3	7,4	1,4	0,70
Hidro-carbonați	g	84,1	23,2	83,4	28,6	81,6	28,2	15,5	0,78
Fibră dietetică	g	1,9	0,38	3,2	0,80	2,5	0,63	67,1	33,6
Minerale (Ash)	g	2,0	1,35	2,2	1,72	0,6	1,32	2,7	1,35
Sodiu	mg	10	66	10	81	10	81	3,2	1,60
Potasiu	mg	550	305	680	410	120	270	150	75
Calciu	mg	340	222	300	265	130	222	760	380
Fosfor	mg	290	178	250	210	90	170	470	235
Umiditate		4,0		4,0		3,0		380	190
Vitamina A	mg RE	360	130	360	160	360	160	2,5	
Vitamina D	IU	380	78	380	97	380	97	310	160
Vitamina E	IU	5,0	1,2	5,0	1,5	5,0	1,5	200	100
Vitamina C	mg	65	14	65	18	65	18	3,035	1,6
Vitamina B_1	mg	0,95	0,24	0,95	0,30	0,95	0,30	0,80	18
Vitamina B_2	mg							0,30	0,15
Niacină	mg	8,0	1,7	8,0	2,1	8,0	2,1	4,0	2,0
Vitamina B_6	mg							0,30	0,15
Acid folic	mg	19	9,0	19	11	19	11	22	11
Acid pantotenic	mg							1,5	0,75
Vitamina B_{12}	mg							0,75	0,38
Biotină	mg	37	10	37	12	37	12	25	13
Fier	mg	15	3,0	15	3,7	15	3,7	7,5	3,8

fiecare lună în plus se adaugă 50 ml lapte, având grijă să nu se depășească 1 000 ml pe zi.

B. Lichidul de diluție. Pentru toate "produsele de început" (lapte adaptat sau parțial adaptat) se folosește ca lichid de diluție numai apa fiartă și adusă la "călduț" (40-50°C), sau la temperatura camerei (la sugarul mai mare). Nu se îndulcesc. Nu este nevoie de adaos de cereale. Aceste produse comerciale conțin hidrocarbonatele necesare (lactoză la produsele adaptate; lactoză și alte făinuri la produsele parțial-adaptate) în cantități suficiente. Adaosul de zahăr, miere sau unele făinoase ar duce la un exces de hidrocarbonate, determinând creșteri în greutate pe seama țesutului grăsos, cu plus de greutate. În cazuri rare, la sugarii cu tendință la diaree, diluția se poate face cu decoct ("apă" de orez).

În mediul rural, dacă familia nu poate să procure un produs de lapte modern, se va folosi laptele de vacă de bună calitate (vacă sănătoasă, recoltat în vase curate, fiert imediat și păstrat în frigider), nediluat și nedegresat (teoretic laptele de vacă integral conține 34-40% grăsimi). Prepararea se face în luna a doua și a treia cu 70 ml lapte + 30 ml apă, o linguriță rasă de zahăr și eventual 2,5% făină de orez de dorit "instant" și 1,5% (1/4 de linguriță de ulei de floarea-soarelui). Ultimele două ingrediente (făina de orez și uleiul) se vor folosi când există înțelegere, colaborare și posibilități din partea familiei). Se pot folosi cereale "instant", fără gluten (orez, porumb) Nestlé, Remedia etc.

Comparată cu laptele de mamă și cu produsele comerciale moderne, această soluție nu corespunde tuturor nevoilor biologice și funcțiilor digestive ale

sugarului, dar, în general, se obține o alimentație fără incidente și cu creșterea normală în greutate a sugarului, dacă laptele este de bună calitate și dacă este pregătit și păstrat în condiții perfecte de igienă. Frigiderul este absolut necesar.

C. Se poate lăsa sugarul singur să "tragă" din biberon? Acest lucru nu este permis. Nu este voie să se sprijine biberonul pe o pernă sau pe un pled împăturit. Într-o asemenea eventualitate, sugarul nu are posibilitatea să facă nici o pauză în supt, nimeni nu-i scoate tetina din gură (se poate îneca și asfixia); urmarea este că înghite prea repede (cu mult aer), are colici, țipă între mese, nu doarme liniștit. În plus, sugarul este frustrat de sentimentul de protecție. În primele luni de viață, mesele reprezintă principalele ocazii când sugarul poate fi apropiat de mamă.

D. Poziția biberonului în timpul mesei. Biberonul se ține înclinat, în așa fel încât gâtul biberonului și tetina să fie tot timpul pline cu lapte. Cea mai mare parte a sugarilor trag din biberon fără oprire, până în momentul când și-au potolit foamea. Unii înghit o cantitate mare de aer în timpul cât sug. Bula de aer care se formează astfel în stomac le dă o falsă sațietate sau le provoacă colici. Ei se opresc atunci din supt, cu toate că nu au băut decât jumătate din rația lor normală. Ca remediu se recomandă ca sugarul să fie ridicat, să fie pus cu abdomenul lipit de toracele mamei, sprijinit de umărul ei și să fie bătut ușor pe spate. Mama va pune o cârpă pe umeri, pentru a-și proteja îmbrăcămintea în cazul în care sugarul regurgitează. Dacă sugarul continuă să țipe, mama îl va culca cu fața în jos, "pe burtă", pentru câteva minute, apoi îl va ridica în sus și-l va sprijini pe umerii săi. Toate aceste manevre nu sunt necesare decât dacă sugarul înghite aer (are colici, regurgitează sau varsă, este agitat după masă). Între mese sugarul va fi culcat pe o parte, de preferat pe partea dreaptă. Poziția de "culcat pe burtă" se contraindică în ultimul timp din cauza pericolului de "moarte subită".

Vitaminele

Vitamina D. În caz că sugarul a primit în maternitate prima doză de vitamina D injectabilă, între 6 săptămâni și 2 luni se va administra a doua doză, sub formă de injecție. Se vor administra 200 000 u.i. pentru a evita supradozarea. Nu este necesară asocierea de preparate de calciu, exceptând prematurii și cei cu manifestări anterioare de spasmofilie.

Dacă se face profilaxia rahitismului cu vitamina D zilnic sub formă de picături, acestea se administrează într-o linguriță cu lapte sau ceai. Gustul neplăcut al vitaminei D se pierde în mare măsură. Nu se recomandă adăugarea soluției uleioase în biberon, deoarece aderă la pereții interni ai biberonului.

Vitamina D se dă în tot cursul anului, inclusiv vara, fără întrerupere!

Organismul uman sintetizează vitamina D sub influența razelor ultraviolete solare, dar nu se poate ști cu exactitate cantitatea produsă în acest fel. Nu trebuie să ne bizuim nici în lunile de vară pe lumina solară ca unică sursă de vitamina D. De altfel, în multe orașe, fracțiunea de radiații ultraviolete este scăzută din cauza poluării atmosferei.

În cazul hrănirii sugarului cu produse ale firmelor europene (Milupa 1, Nutrilon, Aptamil, Humana 1, Beba, Nan etc.) se continuă profilaxia rahitismului cu vitamina D în doze obișnuite, zilnic, deoarece adaosurile de vitamină D din aceste produse acoperă numai parțial nevoile de vitamină D. Preparatele americane (Similac sau similare – Nutricare special, Morinaga) cu adaos de vitamina D în general de 400 u.i. pe zi. Medicul pediatru calculează doza de vitamina D primită din produsul de lapte și completează doza necesară. Doza zilnică de vitamina D va fi individualizată de medicul sugarului. La noi în țară se pare că sunt eficiente doze ceva mai mari față de străinătate (400 u.i. în țările anglo-saxone, 500-1 000 u.i. în Germania, 800-1200 u.i. în Franța). La noi în țară s-au folosit în ultimul timp Vigantol (2 picături pe zi – 1 000 u.i. sau tablete de 500 u.i. sau 1 000 u.i.), Sterogyl (3 picături pe zi – 1 200 u.i.), Vi-De-3 "Wander" (1-2 picături pe zi – 800 u.i.).

Nu este necesar să se adauge alte vitamine în alimentația sugarului în luna a doua.

Spre deosebire de trecut nu se mai recomandă adaosul de sucuri de fructe atât la sugarul alimentat artificial, mai ales numai la sugarul alimentat numai la sân la care nu este necesar adaosul de sucuri de fructe decât după luna a IV-a sau chiar a V-a.

Creșterea și dezvoltarea

Greutatea. În luna a II-a sugarul crește cu circa 800-900 g/lună, respectiv 25-30 g/zi sau 175-210 g pe săptămână. Mama nu trebuie să se mire dacă sugarul ia mai mult sau mai puțin decât scrie în cărți (750 g/lună). Este bine să se întocmească un grafic, pe

care să se traseze o curbă normală ("ideală") de creştere pe tot anul; alături de aceasta în fiecare lună se va trasa curba ponderală reală a sugarului. Curba ponderală constituie indicele esenţial al creşterii sugarului. Dacă această curbă este ascendentă, înseamnă că totul merge bine. Dacă rămâne orizontală va fi consultat medicul. Dacă traseul curbei sugarului este sub curba teoretică ("ideală") nu este un motiv de îngrijorare; esenţial este ca ea să rămână aproape paralelă cu prima. Fiecare sugar îşi are ritmul său de creştere; unii demarează mai devreme, alţii mai târziu.

Lungimea sugarului se măreşte cu 3 cm în această lună de viaţă (luna I: 4 cm, iar în lunile a II-a şi a III-a cu câte 3 cm).

Dezvoltarea psihomotorie

Sugarul începe să aibă mai mult control asupra muşchilor săi, mişcările vor deveni mai coordonate ("coordonare motorie"). Progresele se fac totdeauna de la muşchii capului spre cei ai extremităţilor.

• *Motricitatea generală.* a) *Culcat pe spate*, sugarul are încă tendinţa de a sta îndoit, cu membrele superioare şi, mai ales, cu cele inferioare în flexie. Cu fiecare săptămână începe să stea tot mai mult întins, cu braţele dezdoite, îndepărtate de trunchi şi membrele inferioare mai întinse, cu unghiul format din articulaţia genunchiului (de către coapsă şi gambă) tot mai larg. Pedalează când cu un picior, când cu altul, rareori concomitent cu amândouă. La începutul lunii a doua stă culcat pe spate într-o poziţie asimetrică: braţul şi gamba de o parte întinse, iar cele de partea cealaltă flectate. Capul are tendinţa să stea înclinat de partea membrelor întinse. Numai spre sfârşitul lunii a doua şi începutul celei de a treia sugarul culcat pe spate stă într-o poziţie simetrică şi începe să pedaleze ("să dea din picioare") concomitent cu ambele picioare (fig. 3. 1).

Fig. 3.1 – Culcat pe spate, membrele inferioare sunt flectate "tripla flexie"; începe să pedaleze.

b) *Aşezat pe burtă*, sugarul nu mai stă îndoit, ci stă cu toracele întins, cu capul ridicat nu prea sus, nereuşind să depăşească un unghi de 45°. Umerii sunt încă trasi înapoi. Braţele sunt întinse, nu însă în mod stabil, sprijinul se face pe antebraţe.

Se menţine flexiunea şoldului şi această tendinţă fiziologică la flexiune face ca şezutul (regiunea fesieră) să fie într-o poziţie uşor ridicată (la 3-4 laturi de deget). Picioarele sunt îndepărtate şi înclinate în afară faţă de şold; din când în când pedalează alternativ. Gleznele şi tălpile sunt întinse (fig. 3.2).

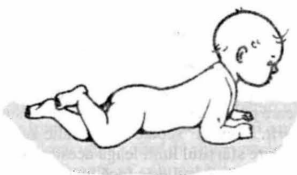


Fig. 3.2 – În luna a 2-a, aşezat pe burtă, sugarul ridică capul până la 60°-90°; se sprijină stabil pe antebraţe, iar picioarele sunt îndepărtate şi înclinate în afară.

c) *Muşchii braţelor şi mâinilor.* Începe să se întindă şi să ridice braţele de-a lungul capului. Până la începutul celei de a doua luni, sugarul stă aproape tot timpul cu pumnii strâns închişi. Dacă un adult introduce un deget în mâna sugarului, el strânge şi mai tare pumnul. Foarte încet, în tot cursul lunii a doua, degetele sugarului se desfac şi, spre începutul celei de a treia luni, degetele sunt adesea desfăcute.

d) *Susţinut de axile* (subsuoară) sugarul ţine capul şi păşeşte "automat", sprijinit adesea pe vârful picioarelor sau pe toată talpa, cu mişcări de amplitudine mare, sacadat ("ca un cosmonaut").

e) *Poziţia în pat.* Modul de dezvoltare a tonusului muscular arată că este mai bine ca sugarul să fie culcat pe o parte.

• *Faţa* sugarului începe să devină mai expresivă; el reacţionează diferit în funcţie de cum i se vorbeşte. El capătă treptat controlul asupra muşchilor feţei, a celor motori ai globilor oculari (cei care participă la mişcarea globilor oculari) şi ai cefei.

• *Ochii.* Datorită controlului nervos redus asupra muşchilor feţei şi ochilor, privirea sugarului de o lună nu "prinde" un obiect decât dacă el este situat pe linia medie vizuală şi la oarecare distanţă (la 20-30 cm).

Puțin câte puțin însă, sugarul va fi capabil să urmărească cu privirea, astfel încât spre vârsta de 3 luni el va putea urmări obiectele situate în tot câmpul vizual. Acest progres este important, permițând sugarului să-și îmbogățească experiența și, în primul rând, să-și cunoască mama. Sugarul mic privește mai "atent" o figură umană decât un obiect colorat.

Dacă i se trece un obiect roșu-strălucitor prin fața ochilor la o distanță de circa 20 cm, sugarul îl va urmări doar pentru câteva secunde. Dacă se repetă experiența pe o durată mai lungă de timp, sugarul "se plictisește" sau începe să "se uite cruciș". De altminteri strabismul este trecător la această vârstă.

Dacă sugarul este dus cu căruciorul în grădină el este încântat de jocul luminii și de mișcările ramurilor.

• *Limbajul.* A. *Gânguritul.* În momentele de mulțumire și veselie sugarul emite câteva zgomote din gât, care puțin câte puțin se organizează sub formă de *gângurit.* Sugarul "scoate" mai multe sunete (a, e, o, u, ee). Spre sfârșitul lunii leagă aceste vocale cu un "h" (ha, he, ehe). Râsul este încă gutural și însoțit de mișcările mușchilor mimicii.

B. *Țipetele.* A țipa este încă modul său de comunicare. El simte global (cu tot corpul) și se exprimă încă global: dacă se simte bine, el este destins, gângurește, surâde, dacă are o oarecare indispoziție se agită, țipă.

În timp ce în prima lună mama nu poate distinge deloc ce vrea sugarul să-i comunice prin țipătul său, acum ea începe să perceapă nuanțele cele mai fine, învață să-și înțeleagă sugarul.

a) *Țipătul de foame* este imperativ, se însoțește de mișcări de supt ale buzelor, de rotații ale capului în căutarea sânului sau biberonului. Survine, în general, la un sfert sau o jumătate de oră înainte de ora prevăzută pentru masă. El se liniștește puțin, apoi reîncepe mai intens, pentru a nu înceta decât dacă mama îl alăptează.

b) *Țipătul de indispoziție* este aproape continuu și are un ton diferit, mai penibil poate; se însoțește de agitație și nu se calmează decât dacă mama descoperă cauza neplăcerii: sugarul este înfășat prea strâns, este ud, îi este prea cald sau îl jenează o lumină prea puternică, a fost obișnuit să fie ținut în brațe.

c) *Țipetele declanșate de colici* sunt acute, se însoțesc de mișcări de îndoire ale gambelor, de agitație, de emisie de gaze. Dacă scaunele sunt normale, dacă nu se adaugă vărsături și dacă sugarul are un aspect normal, nu sunt motive de neliniște; aceste crize sunt frecvente în lunile 2 și 3 (dispar treptat după 3-4 luni).

Pentru calmarea colicilor recomandăm, în ordinea eficienței, următoarele mici artificii de tehnică:

1) Sugarul va fi alimentat (la sân sau cu biberonul) ceva mai încet.

2) În timpul alimentației mama va fi calmă, destinsă.

3) După ce este alimentat, sugarul va fi ținut 2-5 minute în poziție verticală, sprijinit cu capul pe umărul mamei, mângâiat pe frunte și cu abdomenul strâns lipit la pieptul mamei, dacă este posibil "piele pe piele". Căldura și compresiunea locală calmează colicile. Apoi va fi culcat în patul lui pe o parte.

4) După ce va fi culcat pe o parte și mama va apăsa încetișor cu mâna dreaptă pe abdomenul sugarului, începând din partea dreaptă și de jos a abdomenului și înaintând sub forma unui arc în sus, spre stânga și în jos (spre ficat sub coaste, unghiul superior stâng din zona splinei – în jos pe flancul stâng al abdomenului) în direcția acelor de ceasornic. În acest fel bulele de aer se îndepărtează, spasmele intestinale cedează, conținutul intestinal își schimbă poziția și poate progresa spre segmentele terminale ale colonului.

5) În sfârșit se poate încerca manevra care este trecută în toate cărțile noastre: aplicarea pe abdomen a unei comprese înmuiate în apă caldă (nu fierbinte) și stropită cu puțin spirt (alcoolul în cantitate mare poate fi aspirat de sugar sau absorbit prin piele, ducând la intoxicație!).

6) Se va interoga mama asupra regimului alimentar și asupra tranzitului intestinal propriu. Ingestia anumitor alimente (cafea, ceai "rusesc", băuturi alcoolice, varză, fasole uscată etc.) sau consumul unor medicamente (cofeină, miofilin, purgative etc.), diareea, "crizele" de colită sau de ficat și nervozismul mamei declanșează adesea colici abdominale la sugarul alăptat.

7) Când colicile sau crizele de plâns (fără motiv precizat) se repetă se va folosi la nevoie metoda "tradițională" atât de mult discutată: i se va da suzeta. Rămâne unul din remediile cele mai eficiente! Nu uitați să fierbeți suzeta în fiecare zi și să o spălați când cade jos!

8) Dacă nu se reușește cu nici una din aceste metode, se apelează la medic care va stabili dacă nu este vorba de o manifestare a vreunei boli mai serioase. În cazul în care nu este vorba de țipete declanșate de o boală, unii medici recomandă o poțiune calmantă.

d) *Țipetele care anunță somnul* sunt mai monotone și survin după o perioadă de veghe în timpul căreia sugarul a fost tulburat de persoanele din jur (îngrijiri,

mângâieri excesive, vizite ale prietenilor familiei). Sugarul va fi dus într-un loc liniştit şi va fi culcat; se va calma imediat. La nevoie vor fi slăbite scutecele cu care sugarul este prea strâns înfăşat. Eventual, dacă este pus în cărucior, va fi plimbat puţin (chiar numai prin apartament).

e) *Ţipetele care exprimă numai bucuria* de a face zgomot şi de a arăta o oarecare putere: mama învaţă să le recunoască pentru că, de obicei, survin seara. Sugarul pare satisfăcut şi totuşi ţipetele sale au tendinţa să revină în fiecare zi la aceeaşi oră. Mama nu trebuie să se sperie; dimpotrivă, aceste ţipete sunt un semn de forţă şi de dorinţă de comunicare. De îndată ce este luat în braţe el se linişteşte, îi place să simtă căldura corpului mamei, mirosul corpului ei, îmbrăţişarea. Dacă mama se plimbă încetişor cu el prin cameră şi dacă îi vorbeşte cu o voce blândă, îi mângâie fruntea, sugarul se linişteşte, adoarme.

f) *Ţipătul ca semnal de alarmă* survine fără o cauză aparentă; micile manevre paliative amintite mai sus rămân fără rezultat. Dacă ţipătul este acut şi persistent, iar aspectul sugarului este modificat faţă de zilele precedente, se va chema medicul.

Astfel, în cea de a doua lună, ştiind să-l privească, să-l asculte, mama are să ajungă să înveţe un lucru esenţial: cum îl poate înţelege pe sugarul care nu are încă limbaj vorbit pentru a-şi exprima dorinţele, indispoziţiile, suferinţele.

La început orice mamă are ezitări, nelinişti, dar curând va fi mândră să ştie să interpreteze "apelurile" sugarului.

• *Afectivitatea*. Comportamentul sugarului în primele şase săptămâni de viaţă nu reflectă decât două stări principale: a) *plăcerea* (mai degrabă liniştea), b) *nemulţumirea*. Sugarul are numai senzaţii simple, cum este senzaţia de "postură" (poziţie); nu-i place să fie deranjat (când doarme, când este treaz, când mănâncă). Este esenţial ca mama să-l îngrijească cu îndemânare şi calm. Somnul adânc sau aspectul său de bună stare când este trezit sunt oglindirea unei stări de echilibru satisfăcător. Cauzele de nemulţumire, de inconfort sunt numeroase, senzaţia de indispoziţie pe care o antrenează se traduce prin ţipete.

• *Percepţia*. Se pare că la această vârstă *pragul percepţiei* este foarte ridicat. Excitaţiile luminoase, auditive, gustative sau de miros trebuie să fie foarte violente pentru a fi percepute în mod penibil. Dimpotrivă, senzaţiile cutanate, labirintice şi interoceptive sunt foarte dezvoltate, mult mai mult decât la copilul mai mare; de aici nou-născutul şi sugarii din primele luni au principalele neplăceri.

a) *Sensibilitatea pielii* este demonstrată prin ţipetele şi agitaţia sugarului care este murdar; materiile fecale şi urina macerează, irită pielea. El reacţionează violent în contact cu un obiect rece sau fierbinte. Din contră, ţipetele sale sunt adesea calmate prin mângâieri care îl bucură şi-l satisfac ca pe un mic animal; mângâierea frunţii, contactul moale şi cald al pielii unei alte persoane îi face o mare plăcere şi pare chiar indispensabil pentru el.

b) *Senzaţiile interoceptive* (cu punct de plecare în interiorul corpului) neplăcute sunt numai cele digestive. Gazele din stomac, înghiţite în timpul suptului, declanşează câteodată senzaţii extrem de penibile, antrenând frământări, însoţite de strâmbături ale feţei, de ţipete ce împiedică continuarea suptului, sugarul nu se calmează decât atunci când dă afară gazele; durerile şi inapetenţa aparentă se calmează de la o zi la alta prin corectarea tehnicii de alimentaţie.

c) *Foamea şi setea* sunt sursele cele mai importante de neplăcere ale sugarului mic; satisfacţia pe care o are când suge merită o atenţie deosebită. Din prima zi de viaţă a nou-născutului sănătos, suptul este singurul gest perfect coordonat şi perfect adaptat; în timp ce toate celelalte mişcări sunt anarhice şi incapabile de a atinge un scop precis, gura, chiar de la naştere, este sediul unui reflex dirijat, bine organizat, atingând cu precizie scopul său şi permiţându-i să se alimenteze. Comportamentul sugarului în timpul suptului este cu totul particular: este calm, fericit, priveşte numai la mama sa, fix şi cu intensitate, "*o soarbe din ochi*", este intim legat de ea.

Toate aceste senzaţii sunt percepute de sugar încă global (este cuprins de ele în întregime, cu tot corpul). El este total satisfăcut sau total nemulţumit. Este foarte important ca mama să-i urmărească bine nevoile şi ritmul său de viaţă. Va nota pe un caiet orele la care sugarul mănâncă, stă în stare de veghe etc. şi-i va fixa programul zilnic (mese, schimbat, baie, plimbare) în funcţie de caracteristicile şi nevoile individuale. Puţin câte puţin sugarul o cunoaşte pe mama sa: chiar de la sfârşitul celei de a doua luni vocea mamei produce reacţii pe care celelalte voci nu le provoacă.

Zâmbetul. La jumătatea lunii a doua, sugarul răspunde la îngrijirile şi mângâierile mamei cu primul său zâmbet. La început sunt numai schiţe de zâmbet,

grimase ce apar aproape spontan și corespund – probabil – unor senzații plăcute. Dar în mod limpede, de abia în a șasea săptămână va apărea un surâs adresat mamei, ca răspuns la vocea sa. *Se va nota această dată, care reprezintă un parametru de urmărire a maturării psihice a sugarului și în același timp o dată fericită în viața de familie.*

Supraveghere și îngrijiri

Somnul. În cursul celei de a doua luni de viață, somnul și veghea se modifică. Somnul ocupă încă 17-18 ore din 24 de ore. Este mai adânc, dar și mai variabil. În timpul nopții, fazele de somn au tendința de a se suda: sugarul doarme cinci-șase ore fără întrerupere și renunță la masa de la ora 24 uneori la ambele, decalat, în decurs de 2-3 săptămâni.

Educația somnului. La această vârstă trebuie făcut mai mult pentru educația somnului. Dacă nu există spațiu pentru o cameră separată pentru sugar, mama va găsi locul cel mai liniștit și mai ferit de curenți din casă. Vocile obișnuite nu-l deranjează pe sugar. Lumina de la ora prânzului se va reduce (perdele), pentru ca somnul să fie mai adânc. În timpul nopții se va stinge lumina în camera unde doarme sugarul. Nici un copil nu se naște cu teama de întuneric și nu trebuie făcut nimic (nici acum, nici mai târziu) ce i-ar putea crea această teamă. În primele luni sugarul adoarme repede. Mai târziu stă câtva timp treaz, "vorbește" singur și privește în jur.

Starea de veghe devine mai netă, sugarul este mai activ, privirea mai vie. Chiar de la începutul lunii a doua, mama descoperă două sau trei perioade de veghe mai nete: una dimineața, una după-amiază și una seara. Mama va exploata orele de veghe pentru baie, plimbare și, bineînțeles, pentru alimentare; toate, dar mai ales masa și baia trebuie programate când sugarul este treaz. În perioadele de veghe, mama îi va vorbi și (dacă are voce și bună dispoziție) îi va cânta.

Din luna a doua, sugarul începe să se integreze în viața de familie, în ritmul său propriu, în perioadele de tăcere și de animație din jurul său (R. Debré, Alice Doumiec-Girard).

Temperatura camerei. În camera sugarului se va menține temperatura în care se simte bine toată familia. Normal, în cărțile străine, se recomandă 18-20°C, iar noaptea și mai puțin (16-18°C). În România majoritatea familiilor tind să-și țină locuința la temperaturi mai ridicate (22-24°C). Atâta timp cât nu este excesiv de frig sau de cald, sugarul se va adapta la temperatura care pare mai plăcută adulților. Trebuie știut însă că sugarii dorm mai bine și se călesc mai ușor atunci când sunt ținuți în camere nu excesiv de încălzite.

Scaunele. Sugarul alimentat natural are un număr de scaune care variază între 1 și 5-6 pe zi. La sugarul alimentat la sân constipația adevărată este rară; de aceea nu se întreprinde nimic dacă scaunele sunt mai reduse ca număr. De altfel, după introducerea sucurilor de fructe scaunele devin, în general, mai numeroase și mai moi. La sugarul alimentat artificial, scaunele sunt mai rare (1-3 pe zi), dar mai voluminoase.

Micțiunile sunt încă destul de numeroase, în jur de 10 în 24 de ore. Sugarul nu va fi schimbat de câte ori urinează, ci numai înainte de masă. Fac excepție sugarii care nu "se suferă" să stea uzi (se agită, nu dorm, plâng) sau cei care sunt predispuși la eritem fesier (în general cei blonzi, cu pielea foarte fină). Cei la care se folosesc chiloți absorbanți ("Pampers") nu mai prezintă agitație sau eritem fesier.

Când sugarul este prea gros îmbrăcat, camera este prea încălzită și în lunile de vară micțiunile sunt mai rare și cu urini în cantitate mică. Dacă numărul de micțiuni scade sub 5 în 24 de ore, se va da sugarului să bea mai mult.

• *Îmbrăcămintea*. a) *Pantalonașii*. Unii sugari încep să dea din picioare, încât scutecele "nu mai stau" pe ei. Pentru a preveni "desfășarea" și pentru a avea libertate de mișcare pot fi îmbrăcați în pantalonași cu botoșei (salopetă). Se lasă de o parte scutecul mare și scutecul mic dreptunghiular. Se preferă două scutece din tifon. Pantalonașul va fi bine fixat (încheiat pe umeri), astfel încât să nu se deplaseze la mișcări.

b) Cel mai comod înfășat este, după opinia noastră, cel care constă din: *body* (o combinație de chiloți scurți cu cămășuță cu mânecă scurtă fixată cu capse între coapsele sugarului), *pampers* și o *jacheță sau salopetă*.

c) *Scutecele* din celuloză sunt foarte practice, deoarece se economisește rufăria și nu sunt iritante. Trebuie să fie confecționate însă dintr-un material absorbant. Se folosesc o singură dată.

d) *Chiloții* din cauciuc sau din material plastic sunt impermeabili, împiedicând respirația pielii. Produc adesea roșeața pielii și iritație; la unii sugari chiloții din material plastic produc boli alergice ale pielii. Se pot folosi numai în situații speciale (excursii mici etc.).

În caz de eritem fesier sunt strict contraindicați. Chiloții absorbanți, denumiți "Pampers", au adus o imensă îmbunătățire a îngrijirii corporale a sugarului. Se vor procura însă chiloți "Pampers" adaptați la dimensiunile corpului și de bună calitate, de preferat tip (vezi capitolul anterior).

e) *Îmbrăcarea sugarului pentru plimbare.* Dacă sugarul este scos la plimbare sau este ținut afară (balcon, grădină), când timpul este rece se îmbracă cu o jachetă de lână și o căciuliță. Se învelește cu o pătură sau cu o plapumă. În zilele calde, însorite, se folosește îmbrăcăminte din bumbac. Vara, corpul trebuie protejat de acțiunea directă a razelor solare.

Încălțămintea la această vârstă se reduce la botoșei.

Suptul degetului. În luna a 2-a sugarul începe să-și sugă degetul. Din luna a 3-a și mai ales din luna a 4-a, când este în stare să-și controleze mâinile, suptul degetului este mai frecvent, putând deveni o problemă. Dacă sugarul își suge degetul numai înainte de masă, înseamnă că este flămând; dacă însă îl suge numai după masă s-ar putea să nu se fi săturat sau să-și fi format deprinderea aceasta de pe acum pentru a adormi. *Între deget și suzetă se preferă suzeta!*

Ombilicul mai ridică probleme și în luna a 2-a la unii sugari. Ombilicul poate fi proeminent. Este vorba de așa-numitul *ombilic cutanat.* Nu are nici o legătură cu modul cum a fost legat ombilicul la naștere. La palpare nu se simte nici o lipsă de substanță în peretele abdominal (ceea ce se întâmplă de regulă în caz de hernie).

Nu se ia nici o măsură: nu sunt motive de îngrijorare!

În caz de hernie ombilicală, peretele abdominal este proeminent. Hernia se datorește unei laxități tranzitorii a țesutului dintre mușchii peretelui abdominal (pe linia mediană). Cu vârsta, mușchii se fortifică și aproape toate aceste hernii dispar în decurs de câteva luni. Unii medici recomandă însă aplicarea unui pansament cu leucoplast. În ultimul timp se recomandă tot mai puțin acest lucru, deoarece leucoplastul nu ajută la rezolvarea herniei ci – dimpotrivă – singurul efect cert este iritația locală a pielii de care aderă leucoplastul.

Numai în foarte rare cazuri este necesară intervenția chirurgicală (la cele care persistă după vârsta de 3 ani).

Turtirea capului nu este un semn patologic la această vârstă. Dacă sugarul stă culcat mai mult pe spate, regiunea occipitală se turtește puțin. Dimpotrivă, regiunea occipitală este mai proeminentă când sugarul doarme pe o parte. Deformarea se datorește faptului că la sugar oasele sunt mai moi; deformarea este tranzitorie. Dacă nu este prea accentuată, capul revine la forma normală după vârsta de 9 luni.

Recomandările de a schimba poziția capului sugarului când pe o parte, când pe alta, eșuează de regulă, deoarece sugarul (ca și adultul de altfel) preferă să doarmă pe o anumită parte. Tentativa de a-i fixa capul între perne este periculoasă, putând duce la sufocarea sugarului.

Mai multe succese se obțin dacă în perioadele de veghe se schimbă fie poziția sugarului, fie poziția patului, pentru a-l stimula să întoarcă privirea spre partea de cameră care prezintă interes (membrii familiei care vorbesc și se mișcă; un obiect strălucitor etc.).

Se va urmări ca salteaua să fie fermă și să aibă o suprafață perfect orizontală, fără neregularități sau înclinații, care-l fac pe sugar să alunece mereu în aceeași parte.

Se va urmări de asemenea evitarea deformării pavilioanelor urechilor.

Numai după luna a III-a – a IV-a, turtirea craniului asociată cu înmuierea zonei parietooccipitale poate constitui un semn precoce de rahitism. Se va consulta pediatrul!

Curățenia corporală. Baia se face zilnic, iar spălarea capului poate fi făcută și numai de 2-3 ori pe săptămână. În cazul în care nu este posibilă baia generală zilnic, se va face totuși "baie parțială".

Revenim cu indicația de a nu se curăța zilnic orificiile nazale și ale conductului urechii. Este suficient dacă nasul se curăță pe deasupra când se spală fața cu mănușa. La spălarea (curățirea) urechilor, se insistă mai mult la cuta de după urechi; ștergerea cu prosopul va fi foarte minuțioasă, atât la pavilioanele urechii, cât și la zonele din jurul lor. Umezeala de la orice cută a pielii duce la iritații, roșeață și chiar la infecții secundare, cu eroziuni și zemuiri ("intertrigo retroauricular", de exemplu).

Este o greșeală de a se umbla zilnic în nasul sugarilor cu tampoane de vată sau cu comprese. Cu atât mai mult este o mare greșeală de a se folosi chibrituri sau alte obiecte dure, înfășurate în vată, pentru a curăța nasul și urechile.

Dacă sugarul are guturai, i se uşurează respiraţia punând de mai multe ori pe zi picături de ser fiziologic în nas, după care se aspiră mucozităţile înmuiate de acest "ser" cu ajutorul unei pompiţe sau a unei pere mici de cauciuc cu extremitatea efilată (foarte subţire). Serul fiziologic cu adaos de efedrină folosit prea des poate produce agitaţia sugarului.

Supraîncălzirea camerei în care este ţinut sugarul duce la uscarea mucoasei nazale, cu dificultăţi în respiraţia nazală, nelinişte, tulburări de somn.

Nu se şterge gura sugarului, deoarece se pot produce leziuni ale mucoasei bucale, ce constituie porţi de intrare pentru microbi.

Jocul. În luna a II-a mama îşi programează zilnic o scurtă perioadă de "joc", în care sugarul să poată simţi şi savura atenţia, căldura şi afecţiunea mamei. Dacă este posibil este bine să asiste şi chiar să participe tatăl, care este dator să înveţe să se poarte cu sugarul. Încă de acum începe înfiripărea "comunităţii" MAMĂ-COPIL-TATĂ. În timpul acestui joc, sugarul va fi îmbrăcat mai uşor, pentru a avea posibilitatea să se mişte în voie. Sugarul se bucură de vocea mamei, de zgomotul unei jucării; dacă i se trec prin faţa ochilor lentilele unor ochelari sau un obiect strălucitor întoarce privirea spre el, iar dacă obiectul este mişcat, încearcă să-l urmărească câteva momente.

Scoaterea afară la aer şi soare. Dacă vremea este favorabilă, nou-născutul poate fi scos la aer de la vârsta de 2 săptămâni. Dacă din cauza condiţiilor meteorologice nu s-a putut face nici o plimbare pe afară în primele săptămâni de viaţă, acest lucru trebuie făcut neapărat imediat ce sugarul a împlinit o lună. Pe lângă o alimentaţie şi o îngrijire corectă, sugarul are nevoie de aer şi soare suficient pentru ca să se dezvolte bine. Scoaterea pe balcon sau în grădină cer mai puţin timp din partea mamei. Dacă este posibil, sugarul trebuie scos la aer 1-3 ore în fiecare zi. Chiar şi mamei îi prinde bine o astfel de pauză pentru destindere şi mişcare. În caz că vremea este urâtă sau în zilele prea friguroase de iarnă se poate apropia patul de fereastra deschisă, timp de 1-2 ore; îmbrăcămintea va fi la fel ca pentru plimbare.

Plimbarea sugarului nu înseamnă însă scoaterea "în lume". Mama va avea grijă să nu se apropie străini de căruciorul sugarului. Pentru sugar cel mai bine este să fie aşezat într-un loc liniştit, ferit de vânt, pe un balcon sau într-o grădină. Dacă este scos la plimbare se vor evita străzile aglomerate, zgomotoase, praful, aerul poluat de maşini, mijloacele de transport în comun.

Vizita medicală. Chiar dacă un sugar este sănătos şi creşte bine, el trebuie văzut periodic de medicul de familie, în fiecare lună. Medicul poate controla astfel stadiul lui de dezvoltare, depistează la timp unele boli, fixează alimentaţia. De la medicul de familie mama se informează asupra amănuntelor privind alimentaţia, îngrijirile, creşterea sugarului. Este bine ca mama să-şi noteze din timp problemele care o preocupă şi să le clarifice cu medicul sau cu asistenta de ocrotire în cursul vizitelor la domiciliu sau la cabinetul medical. Neglijenţele din primele luni de viaţă ale sugarului pot avea ca urmare tratamente medicale ulterioare prelungite.

Reluarea activităţii profesionale de către mamă

În prezent, legislaţia prevede un concediu plătit timp de 2 ani pentru îngrijirea copilului. Totuşi sunt mame care din diferite motive încep să lucreze cu mult înainte de epuizarea concediului prevăzut de lege.

Persoana care îngrijeşte copilul în lipsa mamei care-şi reia serviciul va fi aleasă cu mult discernământ. Rudele sunt cele mai bune înlocuitoare, cu condiţia ca, în absenţa mamei, copilul să fie îngrijit conform indicaţiilor părinţilor, medicului şi asistentei de ocrotire.

Se poate apela eventual la o vecină, care are de asemenea un sugar. Dacă lucrează în schimburi, cele două vecine vor îngriji alternativ pe cei doi sugari. Mamele care lucrează în schimburi pot lăsa copiii acasă în grija taţilor, dacă programul de lucru al acestora o permite.

Persoana care se ocupă de îngrijirea sugarului trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

– să fie o persoană de încredere;
– să fie cinstită;
– să aibă experienţă în îngrijirea copilului;
– să iubească copilul şi să se poarte frumos cu el;
– să aibă Buletin de identitate cu viza "la zi" la Circa de poliţie de care aparţine (adresa va fi notată bine de părinţi);
– să fie sănătoasă: se va face în prealabil microradiografia pulmonară, reacţia Bordet-Wassermann (pentru depistarea sifilisului), examen

genital în vederea depistării unei boli venerice, se va verifica să nu aibă vreo boală de piele (infecţioasă sau micotică), să nu sufere de vreo afecţiune nervoasă sau psihică;

– să nu aibă tulburări de comportament;

– să aibă isteţimea necesară pentru a se descurca în situaţii neprevăzute.

Ce informaţii se dau femeii care rămâne singură în casă cu sugarul: denumirea, adresa şi numărul de telefon ale instituţiilor unde lucrează cei doi părinţi; numele, adresa şi numărul de telefon al persoanelor la care eventual părinţii merg în vizită; folosirea trusei medicale în caz de urgenţă; numărul de telefon al medicului de familie şi adresa spitalului de copii.

3.2. **De la 2 la 3 luni**

În următoarele patru săptămâni începe un stadiu de dezvoltare ce ar putea fi numit "săptămânile de aur" ale vârstei de sugar.

În luna a treia sugarul ia aspectul caracteristic: capul devine mai rotund, buzele roze, privirea vie; se schimbă treptat culoarea părului şi a ochilor.

Sugarul şi-a fixat un program de alimentaţie şi de somn. Nu mai doarme atât de mult şi în perioadele de veghe plânge mai puţin. Cu multă curiozitate şi nevoie de cunoaştere cercetează tot ce-l înconjoară. Se bucură de societatea mamei şi îi comunică prin semne că se simte bine. Urmăreşte feţele, vocile şi mişcările umane. Sugarii "înapoiaţi" nu sunt interesaţi de oamenii din jur.

Unii îşi descoperă mâinile, le privesc şi se joacă cu ele minute în şir (majoritatea capătă această capacitate spre sfârşitul lunii a IV-a). Pedalează mult, dacă picioarele sunt descoperite sau dacă poartă pantalonaşi.

Încep să se schiţeze primele semne ale personalităţii.

Din luna a treia îngrijirea sugarului permite mamei destul de multă libertate. Ea va folosi acest timp liber pentru a se juca cu el; jocul este un adevărat eveniment pentru sugar. Dragostea şi atenţia care i se acordă acum vor fi răsplătite din plin.

Alimentaţia

Orarul şi numărul meselor. Unii sugari mai primesc 6 mese pe zi; totuşi, dacă el trebuie trezit pentru a i se da ultima masă, mama poate să încerce să-l treacă la 5 mese în 24 de ore, mărind intervalele dintre mese la 3½ - 4 ore. Indiferent de felul alimentaţiei (naturală, mixtă, artificială), sugarii – în marea lor majoritate – ajung să se mulţumească cu 5 mese în 24 de ore; numai o parte dintre sugari mai au încă nevoie de 6 mese pe zi la 3 luni; foarte puţini mai sug de 7 ori în 24 de ore.

Raţia alimentară este mai mare, dar cu variaţii importante de la un sugar la altul. Unii se mulţumesc şi cresc cu 650-700 ml în 24 de ore, respectiv 110-120 ml în medie la fiecare masă, iar alţii ţipă şi după ce primesc 850-1 000 ml în 24 de ore (6 mese x 150 ml sau 180 ml x 5 mese în 24 de ore). Medicul va adapta raţiile, care nu se vor impune după reguli teoretice, ci se vor individualiza la apetitul şi nevoile nutritive ale fiecărui sugar.

La sugarii alimentaţi cu produse adaptate (Similac, Morinaga, Remedia, Nutricare special etc.) sau parţial-adaptate (Milupa 1, Nutrilon premium, Aptamil 1, Humana 1, Beba, Nan etc.) se va folosi concentraţia recomandată pe cutie. Nu sunt necesare adaosuri de făinoase (cereale-instant, griş etc.), lăpturile respective având o cantitate suficientă de hidrocarbonate. (Vezi tabelul 2.1, pag. 125).

La sugarii hrăniţi cu lapte de vacă nemodificat, nedegresat (34-40% grăsimi) se va menţine concentraţia de 2/3 (2 părţi lapte şi 1 parte apă), totul îndulcit cu 5% zahăr. La cei cu tendinţă la diaree diluţia se va face cu decoct ("apă") de orez 3%. La sugarii care nu cresc şi care au o toleranţă digestivă bună se va creşte concentraţia la 3/4 (3 părţi lapte şi o parte apă), îndulcit cu o linguriţă rasă de zahăr, fierte împreună. Teoretic este necesar ca să se adauge şi ulei de floarea-soarelui (1/4 linguriţă).

În cazul *alimentaţiei naturale*, unii sugari sunt nemulţumiţi la sfârşitul unor mese. Mama va face totul pentru a ameliora secreţia lactată: se va odihni şi va dormi îndeajuns, va bea lichide suficiente, nu se va enerva, va lăsa sugarul să golească bine sânul etc. Obsesia că nu are lapte suficient sau că-i piere laptele are un efect negativ asupra secreţiei lactate. Nu suntem de părere să se practice "proba suptului", care duce la

nevrozarea mamei şi la concluzii eronate. Dacă la cântărirea de la sfârşitul săptămânii creşterea este sub 150 g, iar sugarul continuă să plângă după unele mese şi cere să mănânce mai des, se poate introduce un preparat de lapte din produsele adaptate sau parţial-adaptate, după recomandările medicului, la masa a III-a sau a IV-a, începând cu cantităţi mici (30 ml), crescute progresiv până la înlocuirea unei mese întregi. Înlocuirea unei mese asigură mamei un repaus fizic şi posibilitatea ca secreţia lactată să fie suficientă la celelalte mese.

În timpul când se înlocuieşte o masă la sân cu un preparat de lapte nu se mai fac alte modificări în alimentaţie şi se urmăresc cu atenţie mai mare scaunele (număr, consistenţă, miros).

Introducerea sucurilor de fructe sau de zarzavaturi. În ţara noastră se obişnuieşte să se introducă sucurile şi/sau pulpa de fructe sau de zarzavaturi foarte devreme. Cercetări recente au dus la concluzia că sugarul nu este dezvoltat fiziologic (masticaţie, înghiţire, digestie) şi nu are nevoie de ele decât mult mai târziu (vezi pag. 144, 148).

Sucurile pot fi preparate casnic sau gata preparate şi manufacturate în sticle mici (Bebelac).

Menstruaţia şi alăptarea. La o parte din mamele care alăptează, foliculii ovarieni nu se maturează, menstruaţia nu revine decât după întărcarea copilului. La multe altele însă, ovarele îşi reiau activitatea mai devreme. În timpul menstruaţiei mamei, unii sugari sunt mai agitaţi, sug mai prost şi pot avea scaune grunjoase. Se pare că prin lapte se elimină unele substanţe (menotoxine), care ar fi cauza tulburărilor mai sus-amintite. Dovada ar constitui-o observaţia că frunzele de muşcată se ofilesc repede când se pun într-un pahar cu lapte de mamă din timpul menstruaţiei, spre deosebire de laptele obişnuit, în care ele îşi menţin prospeţimea şi culoarea. Nu se întrerupe alăptarea!

Dacă a *survenit o nouă sarcină* în perioadă de alăptare, medicul va decide momentul întărcării, dar nu mai târziu de luna a V-a de sarcină, când organismul matern nu poate face faţă la ambii "paraziţi".

Vitamine. Sugarul primeşte din lapte cantităţile necesare de vitamina A, precum şi vitamine din grupul B.

Vitamina D nu se găseşte în cantităţi suficiente în nici un aliment, în afară de ficatul de morun. Cantităţile mici din gălbenuşul de ou, lapte, unt etc. nu acoperă nevoile copilului. Multă vreme medicii de copii au afirmat că, dacă sugarul este ţinut mult la soare nu mai este nevoie să i se administreze un preparat cu vitamina D. Nu se ştie sigur cât trebuie expus la soare un sugar pentru a-i acoperi necesităţile de vitamină D. Nimeni nu se poate baza numai pe soare, atunci când atmosfera este plină de praf, fum sau ceaţă. De aceea, în primul an de viaţă trebuie să se administreze vitamina D în doză suficientă tot timpul anului, sub forma indicată de medic. În caz contrar vor apărea semne de rahitism, care se instalează din luna a IV-a de viaţă, în perioadele de creştere maximă. Formele grave de rahitism apar îndeosebi la prematuri, gemeni şi la sugarii care s-au născut cu greutate mică şi apoi au crescut rapid. (Vezi pag. 128).

Creşterea şi dezvoltarea

Creşterea

• *Creşterea în greutate este de 25-30 g pe zi*, respectiv 750-900 g pe lună. Dacă s-a născut cu 3 200 g, la începutul lunii a 3-a cântăreşte 4 700 g, iar la începutul celei de a 4-a luni 5 300-5 750 g, înseamnă că sugarul a crescut normal.

Lungimea. Dacă s-a născut cu 50-52 cm, la sfârşitul lunii a 3-a va avea cu 10 cm mai mult!

Dezvoltarea motorie şi psihică

• *Motricitatea*. a) *Aşezat pe spate* ("decubit dorsal"). Sugarul poate sta culcat pe spate în poziţie simetrică; uneori încearcă să se întoarcă spre ambele părţi; de aceea, de la această vârstă apare pericolul de cădere de pe masa de înfăşat.

Capul poate fi ţinut pe linia mediană, dar frecvent îl întoarce şi-l ţine într-o parte sau alta, partea trunchiului de latura respectivă părând mai scurtă şi sugerând o poziţie asimetrică.

Mâinile pot fi aduse, spre sfârşitul lunii a 3-a, pe linia mediană pentru a fi privite. "Descoperă" mâinile şi îşi petrece mult timp privindu-le şi observându-le în mişcare. Mâinile sunt primele părţi ale corpului pe care sugarul le descoperă că-i aparţin. Treptat, în cursul lunii a treia, degetele se deschid şi se întind; spre trei luni palma este aproape complet desfăcută, cu degetele numai uşor îndoite. Dacă i se pune în mână o jucărie (uşoară, viu colorată, sunătoare) o apucă şi o ţine strâns

câteva minute. Câteodată "cuprinde" obiectul cu ochii şi încearcă să-l ducă la gură. Este un început al coordonării mişcării între simţul tactil (pipăit) şi văz.

Membrele inferioare se găsesc în rotaţie externă, îndoite şi uşor îndepărtate. În stare de veghe pedalează ("dă din picioare") tot timpul (fig. 3.3).

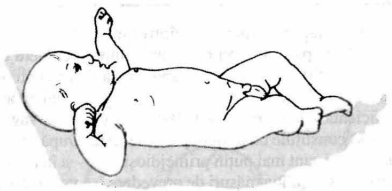


Fig. 3.3 – Sugar în luna a 3-a.

b) *Culcat pe burtă* ("decubit ventral"). Sugarul stă în poziţie simetrică, sprijinit pe antebraţe situate în faţă. Poate să ţină capul ridicat timp de un minut până la un unghi de 60-90°. Sprijinul pe antebraţe este încă instabil. Capul poate fi mişcat şi culcat când pe o parte, când pe alta. Sugarul execută uneori mişcări de târâre, fără a reuşi să se deplaseze.

c) *Tracţiunea din poziţia culcat pe spate*. Dacă sugarul este apucat de mâini reuşeşte să-şi ridice capul, dar acesta în timpul ridicării mai pendulează într-o parte sau în alta. După ce însă a fost bine ridicat, capul nu mai cade înainte sau înapoi.

În timpul tracţiunii, membrele inferioare sunt şi ele duse în faţă, dar persistă îndoirea în articulaţia genunchilor (fig. 3.4).

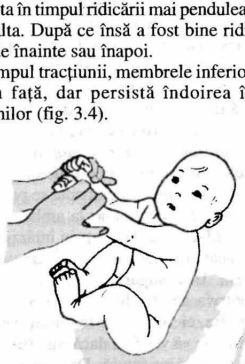


Fig. 3.4 – În tracţiunea din culcat pe spate, sugarul ridică şi ţine capul.

d) *Ridicarea în picioare cu susţinerea de subsuoară (axile)*. Dacă mama susţine pe sugar de subsuoară, acesta se sprijină pe picioare pentru scurt timp. Membrele inferioare par contractate cu genunchii în extensie (întinşi) şi cu flexie (îndoire) în articulaţia şoldului. Trunchiul este în extensie; capul este bine controlat şi se poziţionează în spaţiu.

Motricitatea fină şi apucarea. Sugarul îşi priveşte mâinile şi le ridică, cu braţele uşor flectate deasupra capului. Nu mai introduce toată mâna în gură, ci un singur deget.

Apucarea. Sugarul poate apuca degetul mamei sau un obiect care i se oferă, chiar dacă mişcarea este încă necoordonată. Apucarea este încă palmară (prindere "simiană", de maimuţă) şi mai mult cu degetele mici ("cubito-palmară"). Jucăria este ţinută strâns şi muşcată, apoi cade neintenţionat. Nu poate să-i dea drumul voluntar.

• *Limbajul şi contactul social*. a) *Limbajul*. Sugarul râde zgomotos dacă i se vorbeşte. Întoarce capul spre persoana care-i vorbeşte şi gângureşte spontan. Începe să emită mici zgomote (sunete) care seamănă cu f, v, s sau th englezesc.

b) *Contactul social*. Priveşte fix pe mamă şi zâmbeşte când i se vorbeşte. Urmăreşte cu privirea persoanele şi fixează figurile care se apropie de el.

Sugarul de 2-3 luni comunică totdeauna cu mama sa în mod global: destins, calm, surâzător dacă este fericit; din contra este agitat, plângăreţ, dacă are o indispoziţie oarecare. Este dependent de reacţiile celor din jur (anxietatea mamei, agitaţia din jur) şi reacţionează corespunzător. Dacă plânge, se linişteşte prin luarea în braţe, mângâiere, căldură corporală şi vorbire. Plânsul are nuanţe variate.

Urmăreşte vocile, feţele şi mişcările umane.

• *Auzul şi localizarea zgomotelor*. Sugarul se opreşte din mişcare şi, uneori, se întoarce spre sursa de zgomote. La cercetarea auzului se recomandă ca zgomotele să aibă calităţi diferite (clopoţel, voce înceată, fâşâit de hârtie, muzică etc.). Dacă zgomotul este puternic, sugarul ţipă "nemulţumit".

• *Vederea şi mişcările globilor oculari*. Face progrese în folosirea ochilor. Vede obiecte la distanţa de 30-40 cm şi le urmăreşte cu ochii şi prin mişcarea capului. Mişcările globilor oculari sunt coordonate; din când în când se mai uită "cruciş". Sugarul cunoaşte şi "cuprinde" lumea din jur mai întâi cu ochii.

Afectivitatea. Începe să răspundă mai prompt la prezența, la vorbele, la stimulările mamei, care-l pot face să surâdă. Sugarul devine foarte sensibil la vocea mamei, care-l încântă, îl face să zâmbească, să radieze de bucurie. În tot lungul vieții, vocea mamei va rămâne unică. Mama știe acum să-i înțeleagă privirea, a învățat cum să-l liniștească. Sugarul este calmat de prezența mamei sau dacă este luat în brațe cu capul sprijinit pe umerii mamei.

Supraveghere și îngrijiri

Scaunele. Se menține, în general, numărul zilnic de scaune din cursul lunii precedente. În funcție de alimentație, aspectul și consistența lor diferă; uneori sunt mai grunjoase.

Se consideră că *sugarul este constipat* atunci când materiile fecale sunt tari, uscate și sunt eliminate cu greutate; numărul scaunelor este mai puțin important. Dacă un sugar nu are colici și dacă emisiunea de materii fecale se face fără dificultăți, nu se consideră constipație, chiar dacă are 2-3 scaune pe săptămână. În condițiile unei alimentații corecte, constipația este rară și de obicei se rezolvă cu o mică modificare a alimentației.

În cazuri rare constipația poate fi semnul unei boli congenitale denumite megadolicocolon, întâlnită îndeosebi la băieți. Se tratează chirurgical.

Multe mame folosesc din proprie inițiativă supozitoare cu glicerină. Dacă se abuzează de supozitoare, sugarul se obișnuiește, devine dependent de ele și ajunge să nu mai aibă scaune spontane. Nu se va folosi termometrul (sau coada de mușcată!) pentru a provoca scaunul sugarului. Adaosul de 1-2 vârfuri de lactoză dizolvată în ceai este soluția bună.

Când se schimbă sugarul? Spre sfârșitul lunii a treia mulți sugari nu "se mai suferă" murdari și nici chiar uzi. Dacă devin agitați, plâng sau nu adorm vor fi schimbați mai des; acest lucru este mai ușor de realizat, deoarece sugarul este mai simplu înfășat, iar micțiunile sunt mai rare. Dacă nu plânge, sugarul nu va fi schimbat după fiecare micțiune. Folosirea de chiloți absorbanți ("Pampers") previne astfel de neplăceri.

Somn-veghe. Dacă până acum foarte multe mame nu concepeau să doarmă decât cu sugarul în cameră, *de la împlinirea vârstei de 3 luni este bine ca sugarul să doarmă singur, în cameră separată*. Încăperea în care doarme trebuie să fie bine aerisită, lipsită de curent și liniștită. Asta nu înseamnă că trebuie să se meargă în vârful picioarelor și să se vorbească în șoaptă. Sugarul se va deprinde să doarmă bine cu toate zgomotele obișnuite dintr-o casă.

Niciodată sugarul nu trebuie să doarmă cu mama într-un pat!

Dacă sugarul doarme neîntrerupt toată noaptea și dacă are patul său propriu poate împărți camera cu 1-2 frați. Nu este însă recomandabil să doarmă cu un alt copil mic (până la 4 ani). Un copil de 2-3 ani nu are suficientă minte pentru a fi lăsat singur cu un sugar, fără să constituie un pericol pentru acesta. După vârsta de 5-6 ani sunt mai puțin primejdioși, dar – și în aceste cazuri – se vor lua măsuri de prevedere (se va interzice copiilor mari să coboare peretele mobil al patului; nu se vor lăsa medicamentele la îndemâna lor etc.).

În plus, orele de somn ale sugarului și copiilor mai mari nu coincid. În astfel de cazuri este mai bine ca sugarul să doarmă în altă cameră; numai după vârsta de 2-3 ani, un copil nu deranjează pe frații mai mari.

a) *Patul*. Dacă s-a folosit până acum un coș pentru dormit, după luna a 3-a, acesta va fi schimbat cu un pat.

b) *Fereastra*. În camera în care doarme sugarul, fereastra se deschide în funcție de anotimp. În lunile calde, ferestrele se pot ține deschise toată ziua, cu condiția să nu se formeze curent. Vara, fereastra poate fi lăsată întredeschisă și în timpul nopții. Iarna, acest lucru nu este indicat; este suficient să se aerisească bine camera înainte de a culca sugarul. Se poate menține însă o fereastră deschisă în camera învecinată, având aceeași grijă de a nu se produce curent.

c) *Perioada de somn din timpul nopții* continuă să se prelungească și să fie mult mai bine delimitată de perioadele de veghe. Somnul de noapte se prelungește fie prin renunțarea de către sugar la ambele mese de noapte (la orele 23-24 și 2-3), fie prin întârzierea orei de trezire dimineața (6-7,30) la sugarii care mănâncă seara mai târziu. Unii sugari se trezesc încă foarte devreme; împotriva acestui lucru nu se va face însă nimic. Din fericire, ei vor dormi mai mult pe măsură ce vor crește. Mama va verifica dacă sugarul mănâncă suficient seara și dacă se satură. De asemenea poate încerca să-i deplaseze ultima masă cu o oră mai târziu. E posibil să nu se realizeze mare lucru, dar merită încercarea.

d) *Utilizarea de calmante se face numai la prescripția medicului.* Înainte de a se administra calmantele, se va cerceta cu grijă pentru a se depista și înlătura cauzele care au dus la tulburări de somn. Dacă medicul ajunge să recomande un calmant sau un somnifer, înseamnă că el are motive întemeiate și mama este datoare să aplice conștiincios tratamentul.

e) *Poziție în somn.* Se va urmări sugarul și va fi culcat și pe viitor în poziția ce pare că îi place mai mult. Pe lângă poziția culcat pe o parte este tipică și poziția în decubit dorsal (cu fața în sus), cu mânuțele ridicate pe lângă cap (fig. 3.5).

Fig. 3.5 – Poziția în somn a sugarului.

f) *Ținerea capului într-o singură parte.* Sugarul își formează deprinderea să privească mereu într-o parte, atunci când este culcat în aceeași poziție și să urmărească ceea ce se petrece în jurul lui. Uneori își menține aceeași poziție și când este ținut în brațe sau când este culcat diferit, chiar după mai multe săptămâni. Mama va schimba des poziția sugarului, culcându-l cu capul când la o extremitate, când la cealaltă a patului, astfel încât el să privească în direcții diferite atunci când urmărește ce se întâmplă în jurul lui.

Foarte rar sugarul are unul din mușchii gâtului prea scurt și, ca urmare, are dificultăți în a-și întoarce capul într-o anumită parte. Acest defect poartă numele de *torticolis* și apare, de obicei, la sugarii născuți în prezentație pelviană. Se rezolvă treptat mai târziu. În formele obișnuite, gimnastica medicală este eficientă.

Părul. În regiunea occipitală și/sau regiunile parietale se formează zone de alopecie (chelie), respectiv părul fin cu care se naște cade când sugarul își freacă mai mult capul pe saltea. În zonele cu "chelie" va crește un păr nou, adesea cu o culoare mai închisă. Unii sugari pierd tot părul fin cu care s-au născut; creșterea altui păr are loc în câteva săptămâni (mai rar), în câteva luni sau până la un an. Pierderea acestui păr este normală; nu se poate face nimic pentru evitarea acestui fenomen sau pentru grăbirea creșterii părului.

Strabismul. Mulți sugari au un strabism (se uită "cruciș") intermitent. Mușchii care coordonează mișcările globilor oculari lucrează încă deficitar la această vârstă. Nu înseamnă că sugarul va rămâne cu privirea "crucișă". Se vor aștepta câteva luni înainte de a întreprinde ceva (după 9 luni). La această vârstă se recomandă exerciții zilnice pe perioade foarte scurte, "plimbând" prin fața ochilor sugarului la o distanță de 20-30 cm un obiect viu colorat sau o lentilă de ochelari.

Boli infecțioase. Independent de vârstă, dacă vine în contact cu un bolnav, sugarul se poate îmbolnăvi de următoarele boli infecțioase: varicelă (vărsat de vânt), paralizie infantilă, difterie, tuse convulsivă, tuberculoză, infecții stafilococice, streptococice și diverse "răceli". În primele 2-3 luni de viață sugarul este de obicei imun față de unele boli (se naște cu capacitate de apărare împotriva infecției, moștenită de la mamă), de exemplu față de rujeolă (pojar).

Vaccinări[1]. Din luna a III-a încep vaccinările obligatorii în perioada de sugar: trivaccinul (*DTP*) împotriva difteriei (*Di-*), tetanosului (*Te-*) și tusei convulsive, care se mai numește și pertussis (*Per*), precum și *vaccinarea antipoliomielitică* (împotriva paraliziei infantile), care constau din trei administrări la interval de o lună. În ultimul timp la noi în țară se face și vaccinarea *împotriva hepatitei B.* Mama este obligată să meargă la dispensar, atunci când este convocată pentru vaccinare, deoarece vaccinul se face în zile precise, în campanii dinainte planificate. Dacă se pierde o anumită vaccinare, sugarul este periclitat, iar vaccinarea și rapelurile respective sunt perturbate. Medicul de dispensar (de familie) este singurul care decide amânarea vaccinării, în funcție de sănătatea sugarului. În caz că familia este plecată în altă localitate (sau sector) în perioada de vaccinare se poate adresa dispensarului teritorial respectiv, pentru administrarea vaccinului.

Vaccinarea DTP poate fi urmată de reacții locale (înroșire și umflare la locul injecției, care este dureros) și generale (agitație, febră bruscă). Se aplică local comprese reci și se administrează antitermice (paracetamol) și sedative (fenobarbital). Simptomele dispar în maximum 24 de ore.

După vaccinarea antipoliomielitică se remarcă uneori scăderea poftei de mâncare și modificarea scaunelor (mai puțin legate), fenomene ce pot dura chiar

[1] Vezi pag. 139.

şi două săptămâni. Va fi consultat medicul în privinţa modificării alimentaţiei.

De subliniat că timp de o lună de la administrarea vaccinului antipoliomielitic trebuie evitate tratamentele sub formă de injecţii. În această perioadă profilaxia rahitismului se poate continua cu preparate de vitamina D pe cale bucală.

Prevenirea accidentelor. Sugarul este prea mic pentru a produce singur un accident. Dacă are loc vreun accident, acesta se întâmplă numai din vina adulţilor. Ca măsură de prevedere se recomandă următoarele:

– Nu se toarnă apă fierbinte în căduţă!

– Temperatura apei din cadă se măsoară numai cu termometrul (*nu cu cotul!*).

– Nu se lasă sugarul singur pe masa de înfăşat!

– Nu se lasă sugarul singur în cadă!

– Sugarul va fi aşezat întotdeauna perpendicular pe lungimea mesei de înfăşat şi nu de-a lungul ei! (dacă se întoarce de pe o parte pe alta sau se rostogoleşte, riscurile de a cădea sunt mai mici).

– La fiecare culcare a sugarului în pat se controlează dacă pereţii laterali ai patului sunt bine fixaţi!

– Nu se lasă sugarul singur în casă cu fraţii de vârstă mică (2-6 ani)!

– De la vârsta de 3 luni nu se lasă sugarul singur în patul mare al părinţilor (cade jos, se sufocă cu perna sau plapuma)!

– Nu ţineţi sugarul lângă dv. în pat, puteţi adormi şi la o răsucire involuntară îl sufocaţi!

– Nu se expune patul copilului lângă uşa sobei de teracotă sau lângă o sobă de fier încălzită (pericol de incendiu).

– Nu se pun pe acelaşi raft medicamentele de "uz extern" cu cele de "uz intern" pentru a nu le confunda!

– Nu se pun sticle calde direct pe pielea sugarului!

– Nu se pun reşouri în apropierea patului sugarului!

– Nu se aplică comprese cu alcool sau cu ţuică!

– Nu se ţine sugarul "la soare" sau afară cu capul descoperit în zilele prea călduroase.

– Nu se încălzeşte camera prea mult (peste 24°C).

Jucăriile. Interesul pentru joc s-a trezit, deoarece sugarul a început să apuce diferite obiecte cu mâinile. Un clopoţel sau o jucărie sunătoare îi fac multă plăcere, chiar dacă îi cad din mână. Îl bucură obiectele colorate (roşu-deschis, galben, bleu) şi care fac zgomot. Deasupra patului se poate agăţa un trapez cu jucării suspendate.

Suptul degetului. Am arătat anterior că o parte din sugari încep să-şi sugă degetul. În general această deprindere se manifestă între 2 şi 3 luni, când sugarul suge mai viguros, prânzurile sale sunt mai scurte şi deci suptul mai scurt, iar perioadele de veghe se prelungesc în detrimentul somnului din primele săptămâni de viaţă. Mai mult de jumătate din sugari îşi sug degetele sau numai degetul mare.

Nu există însă o unanimitate de vederi asupra motivelor care îl fac pe copil să-şi sugă degetul. Adesea, mamele şi chiar medicii consideră că un copil care-şi suge degetul a căpătat o obişnuinţă proastă, astfel încât întreaga familie ajunge să caute modalităţile prin care să-l împiedice să ţină degetul în gură.

În primul an de viaţă, suptul degetului trebuie considerat ca ceva normal.

După Benjamin Spock, motivul principal care îl face pe sugar să-şi sugă degetul este faptul că alimentarea la sân sau la biberon nu au satisfăcut suficient nevoia sa de supt. Un alt american, David Levy, a constatat că sugarii hrăniţi din trei în trei ore sugeau relativ mai rar degetul decât cei hrăniţi din patru în patru ore; sugarii care-şi goleau biberonul în 10 minute (ceea ce se întâmplă când orificiile tetinei sunt foarte largi) îşi sugeau degetul mai mult decât cei care sugeau timp de 20 de minute.

Alţi autori (Hofmeier, Schneider şi Müller) presupun că factorii care-i fac pe copii să-şi sugă degetul ar fi: un fond de sensibilitate aparte; lipsa de afecţiune şi de duioşie din partea părinţilor; relaţii necorespunzătoare în viaţa de familie.

După P. Mozziconacci şi A. Doumic-Girard, sugarul îşi suge degetul pentru că încearcă să regăsească plăcerea totală pe care o are când este absorbit de sugerea la sân şi este ghemuit în braţele mamei. A suge este cel mai bun calmant.

În sfârşit, alţi autori cred că sugarul îşi suge degetul când este treaz, "din lipsă de ocupaţie".

Ceea ce este sigur, însă, este că toate "reţetele" împotriva suptului degetului (substanţe cu gust neplăcut, mănuşa, ţinerea mai mult la sân, luatul în braţe, scoaterea degetului din gură de fiecare dată etc.) au efect trecător.

În primele luni sugarul caută cu orice preţ să-şi satisfacă instinctul de sugere, fie în timpul meselor, fie prin "completare" cu suptul degetului. Nevoia de supt

este maximă în primele 6 luni. După această vârstă, ea diminuează progresiv, dispărând complet, cel mai adesea între 8 și 18 luni.

Dacă sugarul își suge degetul numai înainte de masă înseamnă că-i este foame. Dacă o face regulat, imediat după fiecare masă sau chiar între mese, mama va căuta să-i satisfacă instinctul de sugere printr-un orar al meselor mai puțin rigid și, eventual, printr-o frecvență mai mare a meselor. Cea mai mare parte a sugarilor care își sug degetul încep s-o facă înainte de 3 luni. Dacă încep mai târziu înseamnă că a intervenit o carență de îngrijire, copilul exprimându-și prin aceasta niște relații "conflictuale" cu părinții săi.

Pentru a evita orice confuzie trebuie știut că aproape toți copiii își sug degetul sau chiar tot pumnul în perioadele de erupție dentară.

Dacă ar fi să tragem câteva concluzii în ceea ce privește suptul degetului (o preocupare permanentă pentru aproape toate mamele), acestea ar fi următoarele:

– Sugarii alimentați la sân își sug mai rar și mai puțin degetul, iar dintre aceștia, rari sunt cei care continuă acest obicei după vârsta de doi ani.

– Rigiditatea orarelor, intervalele prea mari între mese, durata prea scurtă a meselor și carențele de îngrijire sunt factorii favorizanți ai suptului degetului.

Dacă acest obicei se păstrează și *după 12-18 luni* există pericolul deformărilor palatine ("boltă ogivală"). De asemenea, dinții pot căpăta poziții vicioase; cei superiori se deplasează în față; cei inferiori se deplasează spre spate.

Majoritatea medicilor stomatologi admit că înclinarea defectuoasă a dinților de lapte nu are nici o urmare asupra dentiției definitive, când copilul încetează să-și sugă degetul înaintea erupției celei de a doua dentiții.

- Există un factor de teren, individual, favorizat de unele greșeli de îngrijire și mai ales carențe de afecțiune, care determină prelungirea perioadei de supt a degetului.

- După vârsta de un an suptul degetului este *fără importanță, dacă este practicat numai înainte de a adormi.* Dimpotrivă, consultând un medic și eventual un psiholog, trebuie căutate toate mijloacele de a-l împiedica pe copil să-și sugă degetul în orice moment al zilei, din plictiseală, nervozitate, diferite "încurcături". Se întâmplă ca unii copii să-și introducă atât de profund degetul în gură, încât își provoacă vărsături. Unii rămân cu obiceiul de a-și suge degetul la culcare și când ajung la vârstă școlară. Adesea, degetul mare devine sediul unor crăpături adânci, eczeme, îngroșări sau excrescențe ale pielii, cu aspect verucos.

În încercările de a împiedica suptul degetului nu se va folosi forța (legarea brațelor, imobilizarea coatelor, aplicarea de manșete din carton, înmuierea degetului într-o soluție amară sau iute, cearta etc.), deoarece se va ajunge la efecte și mai rele. Cu vorba bună și verificându-și propriile atitudini, părinții vor convinge pe copil să renunțe la acest obicei.

– O soluție de compromis, dar mai eficientă și mai lipsită de riscuri este aceea de a se da suzetă sugarilor care încep să-și sugă degetul cu "lăcomie". Este mai ușor să se mențină curată o suzetă decât un deget, pericolul deformărilor bolții palatine și a dinților este mai mic, iar dezobișnuirea de suzetă se face mai ușor. Dintre două rele se va alege cel mai mic!

Suzeta. Este o tetină fără orificiu, atașată la un disc sau inel de plastic. Sugarul poate suge viguros tetina, fără riscul de a o înghiți, deoarece inelul o reține între buzele sale.

În secolul trecut se dădea o suzetă copiilor care sufereau de colici. În prima jumătate a secolului al XX-lea, când s-a început o campanie susținută pentru o igienă riguroasă, suzeta a fost considerată drept murdară și neigienică. În plus, s-au adus ca argumente împotriva folosirii ei, efectele negative pe care le-ar avea asupra erupției dentare, conformației maxilarelor, secreției digestive și comportamentului general al copilului. Mulți medici, ca și multe asistente de ocrotire și de pediatrie din țara noastră, continuă încă să se opună cu îndârjire la folosirea suzetei.

În ultimii ani, totuși, mulți medici înfruntă opinia de mai sus și apreciază că suzeta este un mijloc excelent de "consolare". În lumea părinților din toate straturile sociale și din toate țările, suzeta și-a păstrat totdeauna o largă întrebuințare. Unii și-o procură încă înainte de venirea nou-născutului din maternitate.

Se vor alege suzete cu inele sau discuri mari, pentru a nu risca să alunece în gura copilului. Nu se va perfora suzeta, deoarece înghițirea aerului poate duce la balonarea stomacului. Suzeta va fi păstrată cât mai curată. Se va spăla cu apă caldă de mai multe ori pe zi și se va fierbe o dată pe zi. După ce cade jos, trebuie fiartă. Când nu este folosită se păstrează ca și tetinele, într-o cănuță curată, acoperită. Nu se înmoaie în miere sau sirop.

Aproximativ jumătate din copii nu au nevoie de suzetă, nu au colici, nu au crize de agitație, nu-și sug degetul. Nu se va da copilului suzeta în scopuri "*preventive*". Se permite folosirea suzetei la copiii nervoși, agitați, cu colici, precum și la cei care, după fiecare masă, își bagă degetul mare în gură și-l sug cu lăcomie timp de ore întregi. Sugarul care a avut timpul să se obișnuiască să-și sugă degetul, refuză adesea suzeta. De aceea, în astfel de situații, suzeta se va folosi cât mai de timpuriu.

Mama va avea însă ca obiectiv ca folosirea suzetei să fie redusă la minimum, încercând cât de precoce și revenind mereu pentru a-l face pe sugar să piardă obișnuința suzetei. În caz contrar, el ajunge cu ușurință să fie un răsfățat, nesuportând să stea nici un singur minut fără suzetă; țipă de fiecare dată când o pierde din gură, iar mama este obligată să se scoale de mai multe ori și să-i dea suzeta, pentru a-l calma pe "micul tiran". Pentru a evita astfel de situații, suzeta va fi retrasă din gură imediat ce sugarul se calmează sau de îndată ce adoarme. Între 6 și 8 luni, sugarul arată tot mai puțin interes pentru suzetă. Se va proceda gradat, omițându-se să i se dea mai întâi după o singură masă, apoi după a doua, când el pare mai satisfăcut. Spre vârsta de un an, majoritatea copiilor renunță la suzetă. Unii, însă, mai ales fetițele, ajung să adoarmă cu suzeta până la anii de școală. În această situație se va proceda cu tact, evitându-se mijloacele brutale, cearta, ironia, batjocura. Acționând prea iute sau cu asprime, copilul poate fi traumatizat pentru multă vreme.

3.3. **De la 3 la 4 luni**

În dezvoltarea sugarului se semnalează momente de oprire și de reluare. Tentativele unor părinți de a "încadra" neapărat pe copilul lor în scheme "standard" în ce privește greutatea, maturația neuropsihică, alimentația etc. sunt greșite.

Orice sugar are modul său de dezvoltare (lent sau rapid). Nu comparați copilul dumneavoastră cu un altul de aceeași vârstă! Orice ființă umană este un unicat!

Alimentația

În cursul acestor luni în alimentație nu se produc schimbări semnificative dacă sugarul este alimentat exclusiv la sân.

În prezent școlile pediatrice din Occident au ajuns la concluzia că la sugarii alimentați natural nu este nevoie de sucuri, supă sau pireuri înainte de luna a 6-a. Nici la sugarii alimentați artificial nu se mai recomandă introducerea sucurilor decât în sau după luna a IV-a, iar supa (pireul) de zarzavat cu carne se introduce deabia spre sfârșitul lunii a V-a și mijlocul lunii a VI-a (vezi tabelul 3.1). La noi în țară o parte din medici, asistente de ocrotire și părinți susțin și introduc sucurile de fructe mult mai devreme (6-8 săptămâni). În cursul lunii a IV-a, dacă nu s-a făcut până acum se va introduce, în funcție de sezon și/sau regiune, sucul de zarzavaturi (morcovi) sau fructe (mere, piersici, fructe de pădure etc.) în cantități crescânde de 4-12-18 linguriță înainte de masa a II-a sau a IV-a. Sucurile de morcovi sau de mere sunt bine tolerate, se pot procura în toate lunile anului.

Trecerea la 5 mese, la sugarii care mănâncă încă de 6 ori pe zi, se poate face spontan; sugarul nu se mai trezește la ultima masă. La alții, îndeosebi la cei alimentați artificial, este de ajuns să se rărească mesele de la 3 ore la 3 ½ - 4 ore. (Vezi pag. 144.)

Alimentația naturală. Multe mame întreabă cum se procedează pentru a adapta secreția lactată cerinței mereu crescânde a sugarului. Atâta timp cât sugarul este mulțumit, mama nu va face nimic. Același regim alimentar al mamei și aceeași tehnică alimentară fac posibilă adaptarea secreției lactate. Nu trebuie făcut nimic atât timp cât sugarul este mulțumit și crește bine.

Rația alimentară în 24 de ore rămâne aceeași în ceea ce privește nevoia de lichide (circa 150 ml/kg corp).

Când poate fi înțărcat sugarul? Nu există un termen fix pentru înțărcare. *Numai dacă există motive serioase se poate trece la întreruperea alimentației naturale.* În trecut sugarul era alăptat cel puțin un an. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și pediatrii de mare

prestigiu recomandă menținerea alăptării cât mai mult (și peste un an!), constituind un mijloc sigur pentru o dezvoltare normală și pentru evitarea îmbolnăvirilor la sugarii din familii mai puțin favorizate social și economic. Altădată alăptarea era o necesitate, deoarece necunoașterea unei alimentații corecte făcea periculoasă întărcarea timpurie.

Cunoștințele actuale privind proprietatea diverselor produse dietetice au redus motivele de îngrijorare.

Criteriile pentru trecerea mai tardivă la întărcare sunt: dacă sugarul se declară mulțumit cu sânul și dacă crește; dacă mama are timp să alăpteze la toate mesele. Acordarea de concediu plătit timp de doi ani pentru creșterea copilului favorizează, printre altele, prelungirea duratei alimentației naturale.

Este de dorit ca orice mamă să alăpteze cel puțin 3-4 luni, iar dacă este posibil chiar 6-9 luni. La sugarul care crește bine se poate păstra alăptarea la unele mese până și chiar după vârsta de un an.

Se recomandă ca renunțarea la alăptare să se facă treptat în decurs de 1-3 săptămâni. Mama se resimte mai puțin, iar sugarul se obișnuiește mai ușor cu biberonul; accidentele digestive posibile ale sugarului (vărsături, lipsă de poftă de mâncare, neliniște, diaree) sunt reduse printr-un astfel de procedeu.

Obișnuirea sugarului cu biberonul. Înlocuirea sânului se face în primele 4 luni de viață cu produse de lapte "de început": Adaptat (Pre-Aptamil, Pre-Beba, Pre-Humana), cu o "formulă" de lapte (Similac, Morinaga, Remedia, Nutricare special etc.) sau de durată (Milupa 1, Nutrilon premium, Aptamil 1, Humana baby fit, Nan, Beba, Milumil 1 etc.).

În prima zi se introduc la una din mese, înainte de supt, 30 ml din unul din preparatele de mai sus, în zilele următoare se crește cantitatea înlocuită tot cu câte 30-60 ml, până se înlocuiește complet suptul de la ora respectivă. Dacă sugarul a primit și tolerat laptele din biberon la o masă de lapte, în zilele următoare se înlocuiește în fiecare zi câte o masă sau cu cantități mici la fiecare masă. Dacă apar tulburări digestive (diaree, vărsături, inapetență), renunțarea la sân se face mai lent sau se amână.

Se constată că în a 2-a – a 3-a săptămână sugarul nici nu mai dorește sânul, deoarece mama are din ce în ce mai puțin lapte. Alți sugari renunță însă mai greu la sân și sug viguros chiar când găsesc mai puțin lapte, refuzând biberonul.

Întărcarea treptată duce la dispariția secreției lactate fără tulburări pentru mamă. Dacă aceasta simte o tensiune în sân și puțină durere poate să pună sugarul să tragă puțin din sân, fără a-l goli complet sau își stoarce sânul puțin cu mâna. Concomitent se pun comprese reci pe sân de mai multe ori pe zi.

Dacă se sistează brusc și total alăptarea se procedează în modul următor:

– mama va pune comprese reci pe sâni, va lua într-o seară un purgativ salin, va reduce consumul de lichide, va lua câte 3-6 tablete de antipirină pe zi, timp de câteva zile și își va strânge pieptul cu un bandaj compresiv;

– medicul poate indica un tratament hormonal;

– dacă sânii se înroșesc se aplică de câteva ori pe zi, în mod intermitent, comprese reci;

– se va întrerupe punerea la sân; dacă este posibil, sugarul va fi complet izolat de mamă.

Alimentația artificială. Este bine să nu se schimbe produsul de lapte cu care s-a început. Nu se crește concentrația, mensurile vor fi rase cu cuțitul, nu se tasează. Se prepară după recomandările imprimate pe cutie. În această lună sugarul suge cu putere, uneori cu lăcomie; în biberon apar bășici de spumă. Nu se întrerupe alimentația pentru că spuma se formează din nou. În luna a IV-a persistă adesea colicile (manifestate prin plânsete, agitație, supturi cu întreruperi), incidente care nu necesită schimbarea laptelui, ci numai o corectare a tehnicii de alimentare (gâtul biberonului să fie plin cu aer, temperatura laptelui constantă la toate mesele, calm, îndemânare etc.).

Alimentația cu lapte de vacă diluat și îmbogățit cu zahăr și de dorit cu făină de cereale, fără gluten și cu ulei de floarea-soarelui se poate face din luna a IV-a, fără incidente majore. Este mult mai puțin costisitoare, dar sunt obligatorii o curățenie perfectă și o corectitudine riguroasă în pregătirea diluțiilor și a folosirii adaosurilor.

În comerț se găsesc diferite feluri de lapte. Se va folosi numai lapte pasteurizat integral (3,5 g la 100 ml lapte). Dacă, la nevoie, se va folosi lapte degresat (1,8%), laptele nu mai trebuie diluat. Laptele procurat direct de la țărani este integral (3,5% grăsimi); trebuie fiert imediat, răcit brusc și păstrat la frigider.

Fiecare biberon se va pregăti, pe cât posibil, de fiecare dată înainte de folosire. Unele mame preferă să

pregătească dintr-o dată pentru 2-4 mese, ceea ce constituie un risc dacă laptele respectiv nu se păstrează în frigider. Subliniem din nou că pregătirea laptelui pentru sugar trebuie să se facă cu deosebită atenție: mâinile se spală bine cu săpun, biberoane fără microbi și vase foarte curate folosite numai pentru alimentația sugarului. Sunt necesare o cratiță pentru fierberea laptelui (de dorit cratița specială, cu dublu perete de oțel sau smălțuită), o cratiță mai mică, un tel, o mensură, o linguriță cu coadă lungă și 6 biberoane și accesorii (dulap, frigider, masă, aragaz etc.). În dulap se va fixa un spațiu special pentru toate vasele copilului, iar masa pe care se pregătește biberonul va fi spălată de mai multe ori pe zi. Dacă nu se respectă curățenia și nu se pregătește laptele corect se ajunge la diaree.

Se prepară astfel: 2 părți lapte integral (3,5‰ grăsimi), o parte apă, 4 g% (o linguriță rasă) zahăr și eventual 2,5% făină de cereale fără gluten (orez, porumb) și 1,5 g% ulei (floarea-soarelui, porumb). Laptele, zahărul și făina se fierb împreună. În general, în prezent, nu se mai recomandă până la vârsta de 6 luni decât făinurile fără gluten – orez, porumb și/sau tapioca, Nestlé etc.

Cum se pregătește. Într-o cratiță se pune puțină apă călduță, făină de cereale (orez sau porumb), se amestecă bine cu o linguriță și se pune la foc mic până se resuspendă totul, fără cocoloașe. Peste acest amestec se adaugă apă (1/3), lapte (2/3) și zahărul (câte o linguriță la fiecare sută de grame). Nu se recomandă mierea de albine care poate produce scaune moi, predispune la carii și uneori este purtătoare de microbi. Totul se pune la un foc moale și în timp ce fierbe se amestecă bine cu un tel sau cu o lingură. După aceea se lasă să se răcească și se adaugă uleiul, care va fi amestecat bine timp de o jumătate de minut. Subliniem încă o dată: adaosul de zahăr nu se pune direct în apă fierbinte, focul să fie moale, iar în timpul fierberii să se amestece bine cu un tel sau, în lipsă, cu o lingură. Uleiul se pune la sfârșit. La început, până mama capătă îndemânare, se poate prepara câtva timp și fără ulei sau făină.

Acest amestec gata preparat se împarte în atâtea porții câte mese primește sugarul în 24 de ore și se pun în tot atâtea biberoane curate, pregătite din timp. Biberoanele se pun într-un vas cu apă și cu cuburi de gheață, care se păstrează în frigider.

Dacă sugarul nu este obișnuit cu gustul dulce (laptele de mamă și preparatele adaptate nu conțin zahăr, ci numai lactoză) se renunță la zahăr sau se poate adăuga în loc de zahăr lactoză ("zahărul laptelui") sau dextrin-maltoză. Aceasta face ca grăsimile din laptele de vacă (fiind grăsimi saturate și polinesaturate, diferite de cele din laptele de mamă și din produsele adaptate) să fie mai bine tolerate și digerate. De subliniat că lactoza produce fermentații în intestinul sugarului, care au ca efect scaune moi și mai numeroase. De aceea se folosește cu prudență, rar și mai ales la sugarii cu constipație.

Hrana sugarului, în speță laptele preparat, nu trebuie ținută mai mult timp în cameră, pentru că microbii se înmulțesc. De asemenea, laptele rămas în biberon nu se mai păstrează pentru a fi dat sugarului la masa următoare, ci va fi aruncat sau va fi consumat imediat de un alt membru al familiei.

Diversificarea alimentației. Prin diversificare se înțelege introducerea în hrana sugarului, pe lângă lapte (matern sau alt lapte), a altor nutrimente (fructe, zarzavaturi, carne etc.). Cu vârsta, sugarul are nevoie și de alte substanțe, în special vitamine, săruri minerale și substanțe de balast ("fibre" sau celuloză). Ultimele au rolul, printre altele, de a regla funcțiile tubului digestiv și de a stimula treptat sugarul să mestece. În primele luni de viață organismul sugarului este capabil să se hrănească numai cu lapte. Sistemul său digestiv nu este încă pregătit pentru sarcina de a primi și folosi alte alimente. Este sigur că de abia în a doua jumătate a primului an de viață funcțiile aparatului digestiv și metabolismului sunt maturizate pentru digestia și transformările metabolice ale altor alimente. Diversificarea prea timpurie se însoțește la mulți sugari de reacții alergice, de încetinirea creșterii în greutate și de tulburări digestive. Pe de altă parte, adaosul unor cereale se însoțește de o creștere supraponderală. De subliniat că în primele luni de viață sugarul nu trebuie să fie alimentat cu cereale cu gluten (numai orezul și porumbul nu conțin gluten), deoarece predispun sau chiar se însoțesc de reacții alergice. Cerealele determină creșterea sugarului prin îngroșarea țesutului grăsos (nu prin creșterea mușchilor și a vaselor!), tulburări de somn și chiar o oarecare lentoare în dezvoltarea motricității.

Așadar, numai la sugarii alimentați "artificial" se poate introduce, imediat după împlinirea vârstei de 3 luni, sucul de fructe. Așa cum am arătat mai înainte se preferă sucul de morcovi sau de mere. În jgheabul răzătoarei în care se colectează sucul de mere, treptat se lasă și pulpa de mere ajungându-se la "mere rase" și

apoi la pulpa de banane. Se administrează înainte de masa a II-a sau/și a IV-a. Sucul se va prepara din fructe sau zarzavaturi proaspete.

Este bine ca sucurile să nu se îndulcească cu zahăr sau miere deoarece scad resorbția și utilizarea vitaminelor. La nevoie se diluează cu apă fiartă și răcită. Dacă sugarul primește greu sucul respectiv se va împărți în porții mai mici și se va da înaintea meselor. Se administrează fie cu linguriță, fie cu biberonul. Nu se va forța sugarul să primească un anumit suc.

Pentru evitarea infecțiilor și a intoxicației cu substanțe insectofungicide (se știe că plantele se tratează cu substanțe chimice, de obicei din grupul paration ului, pentru distrugerea insectelor), fructele se spală în mai multe ape și se opăresc. Opărirea se poate efectua punând fructele, în strat subțire, într-o strecurătoare care se scufundă, pentru câteva secunde, într-o cratiță cu apă fierbinte. Răzătoarea de sticlă, presa electrică, tifonul, vasele în care se colectează sucul de fructe vor fi într-o stare de perfectă curățenie. Înainte de preparare, mama se va spăla pe mâini cu apă și săpun.

• *Incidentele legate de administrarea sucurilor de fructe*. După administrarea de sucuri de fructe mulți sugari fac un eritem fesier mai mult sau mai puțin persistent (mai ales după portocale). Sucul de căpșuni produce urticarie la unii copii. Sucurile de cireșe, prune, pere, struguri sunt mai laxative. La noi în țară, în lunile de vară se dau și alte sucuri – de căpșuni, vișine, zmeură, piersici, caise, coacăze, tomate; în tot cursul anului se poate încerca sucul de lămâie și de portocale (ultimul poate provoca alergii cutanate, scaune moi, eriteme). Autorii americani contraindică sucul de portocale, fiind alergogen. Din cele observate la noi în țară, sucul de portocale se însoțește rar de reacții alergice; efectele secundare survenite după folosirea sucului de portocale sunt eritemul fesier și/sau înmulțirea scaunelor.

• *Criteriile de alegere a sucurilor de fructe la sugari* sunt: *a*) toleranța digestivă (diaree, colici, eritem fesier intens); *b*) gustul (dacă-l primește cu plăcere); *c*) anotimpul; *d*) starea economică și regiunea unde domiciliază familia; *e*) educația sanitară a mamei (o mamă certată cu legile curățeniei va determina odată cu administrarea sucurilor de fructe și îmbolnăvirea sugarului); *f*) durata cât se găsește pe piață un fruct (la noi sunt de preferat morcovii, citricele, merele, tomatele, deoarece *sugarii nu au nevoie de diversitate*, ci de uniformitate în alimentație); *g*) tendința la diaree sau la constipație: la cei constipați se preferă sucul de portocale, chiar de struguri sau pere; la cei cu tendință la diaree: merele, morcovii, afinele; *h*) conținutul în vitamine. La cei anemici sunt foarte indicate sucul și pulpa de piersici, care au o cantitate mai mare de fier. La sugarul care primește greu sucul de fructe se diluează cu apă călduță și se dă în porții mai mici.

Morcovii, merele și bananele prezintă avantajul că se pot da treptat și cu pulpa (mere sau morcovi rase sau mixate) și se găsesc în toate anotimpurile. La introducerea supei sau pireului de morcovi se reduce sau chiar se suprimă sucul de morcovi pentru a nu se produce carotinemie (îngălbenirea pielii). Treptat sucurile se înlocuiesc cu pulpa de fructe (mere, banane).

Insistăm asupra faptului că în prezent se socotește că introducerea altor alimente este necesară mult mai târziu. La sugarul alimentat natural, laptele de mamă acoperă toate nevoile până la 6 luni.

Creșterea și dezvoltarea psihomotorie

• *Creșterea*. Cântărirea se va face tot săptămânal. Creșterea începe să încetinească media săptămânală; este de 140-175 g, respectiv 600-750 g pe lună. Să nu se uite niciodată că progresele greutății sunt foarte diferite de la un sugar la celălalt. Creșterea în lungime este de 2, rar 3 cm.

• *Dezvoltarea motorie* continuă să progreseze de la cap spre extremități. Pe lângă faptul că-și ține capul, sugarul îl și întoarce de la dreapta la stânga. El se ține singur, când este purtat în brațe.

La sfârșitul lunii a patra poate sta în șezut – ușor sprijinit de un umăr – pentru o durată scurtă de timp, dar cu o curbură a spatelui, ca o cocoașă, care impresionează pe unele mame.

a) *Culcat pe spate*. Sugarul poate sta pe spate în poziție simetrică, bine destins. Participă la manevra de ridicare. Se apucă cu destulă siguranță de mâinile adultului și participă la ridicarea pe șezut, ținând capul aproape vertical.

Ține capul pe linia mediană, dar se întoarce preferențial spre una din părți; sugarul își poate schimba poziția cu ușurință.

b) *Mâinile* sunt aduse pe linia mediană și sunt urmărite cu privirea, în mod coordonat. Degetele de la mâini sunt deschise.

Fig. 3.6 – Culcat pe spate, sugarul trecut de 3 luni se joacă cu mâinile ("le-a descoperit").

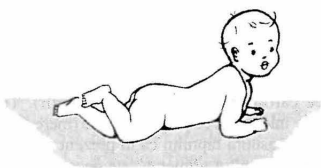


Fig. 3.7 – Așezat pe burtă, se sprijină pe antebrațe situate în față și poate privi lateral.

c) *Membrele inferioare* sunt în rotație externă, înclinate în afară; pedalează alternant; genunchii sunt încă în flexie, dar din când în când îi ține și întinși. Picioarele sunt îndoite din articulația gleznei, care are o bună mobilitate.

d) *Așezat pe burtă*. De acum sugarul se sprijină cu siguranță pe antebrațe, fixate în față, înalță capul fără efort și privește înainte sau lateral.

Întinderea trunchiului și șoldului este mai avansată. Schițează mișcări de târâre. Membrele inferioare se mișcă mult, pedalând.

e) *Așezat pe spate*. Dacă este apucat și tras în sus de mâini, sugarul participă la această mișcare și controlează bine capul; în același timp ridică și întinde membrele inferioare, cu genunchii ușor îndoiți.

• *Apucarea*. Mișcările de apucare sunt încă necoordonate. Sugarul poate apuca un obiect, îl ține strâns și îl mișcă odată cu mâna. Îi dă drumul întâmplător, neintenționat. Observă, însă, cu atenție ce se întâmplă cu mâna lui și cu obiectul și încearcă să repete "figura" cu ajutorul mamei.

Sugarul își introduce degetele în gură și le suge.

Se joacă cu mâinile și încearcă să ducă totul la gură, care devin organ de cunoaștere.

• *Auzul și localizarea zgomotelor*. Sugarul devine atent la zgomote. Începe să deosebească diferite calități de sunete și-și manifestă preferința pentru unele din ele (cântece, muzică), vocea mamei.

• *Vederea și mișcarea globilor oculari*. Sugarul poate fixa bine cu privirea obiecte și le urmărește dincolo de linia mediană mișcând și capul. *Mișcările globilor oculari* sunt coordonate; se mai uită intermitent cruciș. Dacă mama plimbă un obiect lucios (ochelari) la o distanță de 20-30 cm sugarul îl urmărește cu privirea în toate direcțiile: la dreapta, la stânga, în sus și în jos. Examinarea se face cu sugarul culcat pe spate. Cu buzele și cu limba el cercetează alcătuirea obiectelor.

Limbajul. Gânguritul devine din ce în ce mai expresiv și mai variat, după sentimentele pe care le exprimă. Sugarul se joacă cu sunetele. Câteodată se disting schițări ale vocalelor "e", "a" sau care seamănă cu "u", "f", "s" ori englezescul "th", dar de cele mai multe ori, acest progres apare mai târziu. Sugarul zâmbește când i se vorbește, gângurește, chiuie spontan. Se bucură de propriu-i "ciripit", îl repetă. Se întoarce spre sursa de zgomote, devine liniștit și atent. Încearcă să obțină ce vrea prin plâns. Modularea vocii este bine diferențiată.

Contactul social. Personalitatea sugarului se dezvoltă. Recunoaște bine pe mamă. Dacă i se vorbește și este mângâiat, sugarul își exprimă bucuria mai mult decât prin zâmbet. Scoate sunete care seamănă cu râsul. Participă cu vioiciune la tot ce se mișcă și se întâmplă în jur. Reacționează negativ când este lăsat singur. Privește, urmărește și fixează pe examinator (medic, mamă). Observă cu atenție fețele celor care-l privesc. Se manifestă mai rapid și mai "dirijat" la prezența mamei, observând-o și gângurind de multe ori. Urmărind cum îi pregătește masa, își va manifesta bucuria sau nerăbdarea, deoarece știe din "experiență" ce înseamnă aceste pregătiri. Dacă este luat de mâini sau de picioare, aceasta constituie un stimul important, făcându-l pe sugar conștient de corpul său și de el însuși. Poate fi liniștit prin vorbit, mângâieri, mai ales prin luat în brațe (contactul cu pielea mamei, căldura și compresiunea corpului, mângâieri pe frunte). Râde prietenos și nu face deosebire între persoanele străine și rude. Râde zgomotos când este gâdilat.

Supraveghere și îngrijiri

Prezența tatălui trebuie să se facă simțită în mod treptat în viața sugarului. Respectând somnul și liniștea sugarului, tatăl va sta mai mult lângă sugar, va învăța

să-l țină în brațe, va încerca să-l cunoască; plimbarea de seară cu căruciorul este bine să fie făcută de tată. Participă la baia zilnică.

Ce se face dacă sugarul se dezvoltă mai încet decât normal. Dacă părinții își fac probleme de acest fel se va consulta medicul. Nu trebuie să se uite că fiecare sugar se dezvoltă diferit. La scurt timp după naștere, sugarul devine o mică personalitate, diferită de toți ceilalți sugari. Și toată viața va fi astfel. După cum am mai spus, copilul "normal" sau "mediu" (șablon) nu există în realitate. Abaterile de la mediu sunt, de fapt, regula și nu excepția. Unii sugari se dezvoltă mai rapid și alții mai încet. Prematurii și sugarii bolnăvicioși se dezvoltă mai încet. De asemenea, dezvoltarea este în funcție de factorul ereditar, precum și de modul cum știe familia să se ocupe de copil. Părinții nu trebuie să devină nerăbdători dacă sugarul nu a realizat una sau alta din treptele de dezvoltare expuse. I se va lăsa timpul necesar pentru evoluție. Fiecare copil are propriile sale "performanțe" și "schema sa personală" de dezvoltare. Familia are datoria să-l stimuleze cu dragoste și răbdare, fără a tinde să obțină cu forța ce consideră a fi normal. Cu numeroase încercări, unele eșecuri și mici succese se ajunge să se înregistreze trepte noi de dezvoltare. Medicul pediatru care a urmărit sugarul de la naștere este cel mai în măsură să se pronunțe în aceste probleme.

Somnul de noapte este acum mai adânc și fără întrerupere. În timpul zilei sugarul are încă patru perioade de somn: două dimineața și două după-amiaza. Perioadele de veghe sunt mai lungi și mai active.

Înfășatul sugarului mare. După vârsta de 3-4 luni, când sugarul începe să pedaleze, se schimbă tehnica de înfășat. Pe de o parte, nu mai este necesar ca sugarul să fie îmbrăcat prea gros, deoarece corpul lui, perfecționându-și treptat capacitatea de termoreglare, nu mai este amenințat atât de mult de răcire; pe de altă parte, scutecele încep să-l incomodeze: sugarul are nevoie de libertate în mișcări.

Pentru sugarii din mediul urban cea mai convenabilă formulă în acest moment este menținerea chiloților impermeabili ("Pampers") și îmbrăcarea cu pantalonași special confecționați sau salopetă. În ultimul timp, așa cum am mai spus, s-a pus la dispoziția mamelor un chilot ce face corp cu o cămășuță cu mânecă scurtă vândută sub denumirea englezească *BODYS*. Peste aceasta se adaugă obiecte de îmbrăcăminte în funcție de anotimp, temperatură sau prilej (stat în casă, plimbare etc.). Se vor alege cele din țesături de bumbac, cu mărimi corespunzătoare, ușor de îmbrăcat, durabile și adaptate la sezon.

Fig. 3.8 A. – Deasupra scutecului absorbant ("Pampers") și peste cămașă, sugarul poate fi îmbrăcat cu o salopetă.

3.4. **De la 4 la 5 luni**

Una din cele mai mari bucurii trăită de părinți este urmărirea dezvoltării sugarului, care are loc continuu.

Unele modificări în dezvoltarea nervoasă a sugarului nici nu ar fi sesizate de părinți, dacă nu li s-ar atrage atenția. Pentru un adult, progresele sugarului par atât de simple, încât le consideră de la sine înțelese. Pentru sugar este însă o adevărată performanță dacă reușește, după săptămâni de încercare, să întindă mâna și să apuce o jucărie.

Fiecare copil își are propriul său ritm de maturație, performanțe sau "rămâneri în urmă", caracteristice temperamentului și structurii lui. Fiecare ființă umană este o individualitate aparte, ce nu se poate pune în tiparul unei scheme de dezvoltare normală.

Alimentația

La sugarii alimentați natural se continuă cu același număr de mese, fără diversificare. La cei hrăniți artificial se pot produce produse de continuare (Milu-

mil 2, Nutrilon plus etc.) sau în formulele folosite anterior (Similac, Nan etc.).

a) Numărul meselor. La sugarii sănătoşi care se dezvoltă bine se menţin cinci mese pe zi, la cei graşi (păstoşi cu tendinţă la obezitate) se va evita introducerea de făinoase, menţinându-se numai laptele şi adaosul de fructe sub formă de pireuri (mere rase, banane). Unii medici recomandă să se introducă o masă de zarzavaturi. Mulţi sugari renunţă spontan la una din mese, spre nedumerirea şi chiar neliniştea unor mame. Tentativele rigide de a menţine orarul de 5 mese, trezind sugarul noaptea sau dându-i să tragă din biberon în somn sunt greşite.

La sugarii debili, foştii prematuri, distrofici şi convalescenţi se pot da 6 sau chiar 7 mese pe zi. De asemenea, la "mâncăcioşii" sănătoşi, dacă doresc, se menţin tot 6 mese în 24 de ore.

b) Raţia va fi de 150-180 ml la fiecare masă, dacă sugarul primeşte 5 mese în 24 de ore şi de circa 200 ml dacă primeşte numai 4 mese.

c) Diversificarea alimentaţiei. La sugarul alimentat artificial la această vârstă, de la sucurile de fructe se poate trece la pulpa de fructe (mere, banane).

Mărul ras se diluează la început cu sucul care se scurge în jgheabul de la marginea răzătoarei de sticlă; nu se îndulceşte cu sirop de zahăr.

La început, noul aliment se dă ca adaos la masa de lapte de la ora 10. *Se dă înaintea mesei propriu-zise*, folosind o linguriţă de material plastic sau de metal inoxidabil cu vârful rotund. După ce un sugar a învăţat să înghită este important ca alimentul oferit să fie primit cu plăcere. De aceea, pentru început, pireul de *măr crud ras* sau *măr copt* este cel mai potrivit. Se începe cu o linguriţă şi se creşte în câteva zile la 8-20 de linguriţe (40-100 g). Se vor folosi numai mere de bună calitate (de preferat mere Jonathan, Golden sau deliciosul de Voineşti) bine coapte, care au celuloză mai puţină şi aciditate redusă. *Bananele* sunt tot atât de bune ca şi merele. Se pot folosi banane bine coapte (cu coaja galbenă): pulpa de banane se sfărâmă şi se bate cu o linguriţă până se formează o pastă omogenă, fină, care se diluează la început cu ceai de plante neîndulcit (chimen, anason etc.), cu apă fiartă şi răcită sau cu suc de portocale pentru a uşura mestecatul şi înghiţitul. Adaosul de fructe se fixează în funcţie de: *a)* ora la care sugarul este flămând; *b)* timpul pe care mama îl are la dispoziţie pentru a se ocupa de pregătirea acestei mese. Din practică, ora cea mai potrivită este ora 10 dimineaţa (a doua masă) şi mai puţin orele 16-17. Dacă sugarul este maturat pentru a înghiţi alimente mai consistente şi dacă este flămând îl primeşte mai bine.

Ce fructe noi se pot da sugarului şi sub ce formă? În funcţie de sezon şi de toleranţa digestivă a sugarului se pot da: mere, banane, piersici, caise, zmeură, afine, coacăze, fragi. Dintre zarzavaturi, la noi în ţară se folosesc morcovii şi roşiile. O presă de fructe sau un mixer simplifică mult munca mamei; altfel, fructele se taie şi se pasează printr-o sită sau prin mixer, în afară de mere care se rad.

Dacă se începe cu un fruct nou se oferă la început o cantitate mică (o linguriţă). Se creşte treptat cantitatea şi se dă acelaşi fruct timp de 4-5 zile. După ce se stabileşte toleranţa faţă de noul fruct, acesta poate fi dat alternativ cu altele pentru care s-a stabilit anterior toleranţa. De obicei însă, majoritatea sugarilor nu agreează variaţiile de fructe şi de mediu. Preferă uniformitatea! La mulţi sugari, toate fructele, în afară de mere şi de banane, determină apariţia de scaune mai moi.

Se pot folosi conserve de fructe? Pireurile de fructe special preparate pentru sugari sunt foarte comod de folosit, dar sunt mai scumpe. Se pot da fără nici o teamă. Pe cutiile conservelor respective este obligatorie precizarea: "pentru sugari" şi vârsta de la care se pot da fără riscuri. La vârsta de 3-4 luni se pot da "pireurile" de morcovi, mere sau banane.

Fructe care nu se dau la sugar. Nu sunt recomandate prunele, pepenii şi cireşele, deoarece pot declanşa dureri abdominale şi/sau diaree. Cu prudenţă se pot da perele, strugurii (diaree) şi căpşunile (urticarie).

În rezumat: *masa de dimineaţă* şi cea *de seară* rămân în continuare de lapte praf de durată parţial adaptat sau, la nevoie, laptele de vacă diluat şi cu adaosuri.[1]

La masa a doua se va trece la pulpa de fructe – mere rase sau banane. Această masă va fi mai puţin consistentă fără adaosuri (de biscuiţi sau de brânză de vaci, aşa cum fac multe mame) pentru ca sugarul să primească mai bine masa de prânz. La mesele de după-amiază se continuă cu laptele, în timp ce la masa a III-a ("prânz") se începe introducerea de supă.

Introducerea supei (pireului) de zarzavat cu carne, pe lângă lapte, poate fi începută la sfârşitul lunii a 5-a şi nu mai devreme la sugarii alimentaţi artificial şi care cresc bine în greutate. Sugarul a dobândit capacitatea

[1] La una din mesele de lapte, se poate trece la lapte cu cereale ("Brei"), fie cu un produs din comerţ de lapte cu cereale şi/sau fructe, fie se adaugă cereale la lapte la început de consistenţă fluidă şi apoi mai vâscos, de *brei*, de consistenţa ciulamalei.

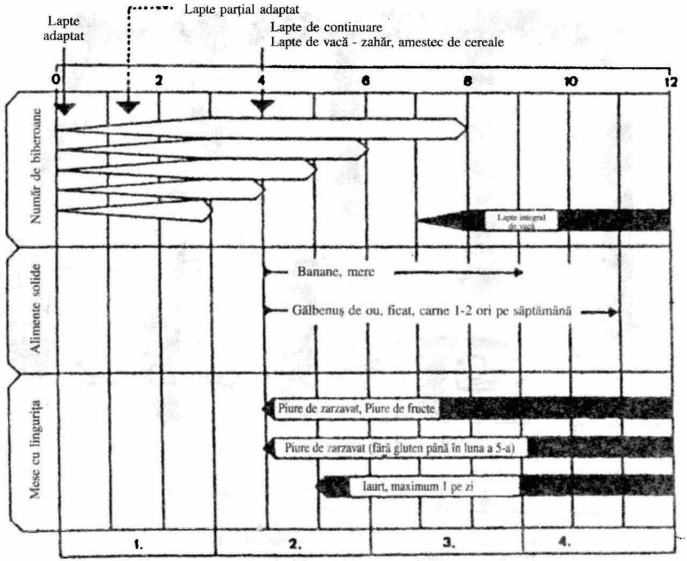


Fig. 3.8 B – Plan de alimentație pentru copilul înțărcat în primul an de viață. După recomandările Comisiei de alimentație a Societății elveține de Pediatrie (Schweizerische Geselschaft für Pädiatrie.)

de a le înghiți și digera. Zarzavaturile aduc vitamine, săruri minerale și celuloză ("fibre"). Prin consistența lor sunt mai "sățioase". În plus, sugarul se obișnuiește să mănânce cu linguriță. *La sugarul alimentat natural diversificarea nu e necesară decât după vârsta de 5-6 luni*. Până atunci va primi doar suc sau pulpă de fructe. De asemenea, la sugarii care au o creștere în greutate necorespunzătoare nu se introduce "supa" pentru că are o valoare calorică mai mică decât orice produs lactat.

Introducerea unei mese cu alimente solide reprezintă pentru mamă și sugar o schimbare substanțială. Alimentul nou se dă încet și cu răbdare. Sugarul va fi ajutat să se obișnuiască cu gustul și consistența noului aliment. El învață numai treptat să ducă alimentul de la vârful către baza limbii. La început este foarte neîndemânatic (îl proiectează afară cu limba, pe care o folosește ca pentru supt) și devine nerăbdător.

Mama se poate aștepta ca, la început, sugarul să scoată aproape totul din gură, până se obișnuiește cu noul mod de a mânca. Dacă se încearcă cu răbdare și se repetă mereu acest lucru, sugarul va reuși în curând să rețină ceva din noul aliment. Dacă după câteva tentative nu se obține nici un progres, se renunță și se reîncepe după 2-3 săptămâni. Mama nu trebuie să-și piardă curajul!

Insistăm, consistența *primului aliment* se adaptează vârstei, gradului de maturație a sugarului, capacității lui de a transporta spre baza limbii și a înghiți alimente solide. Se începe cu o consistență foarte mică, apoi alimentul respectiv se îngroașă treptat. Nu se începe ca pe vremuri când se da supa "strecurată", ci se dă dintr-odată supa de legume mixată sau trecută prin sită (la început numai morcov, apoi și cartof), a cărei consistență va crește treptat ajungând la aceea de pireu.

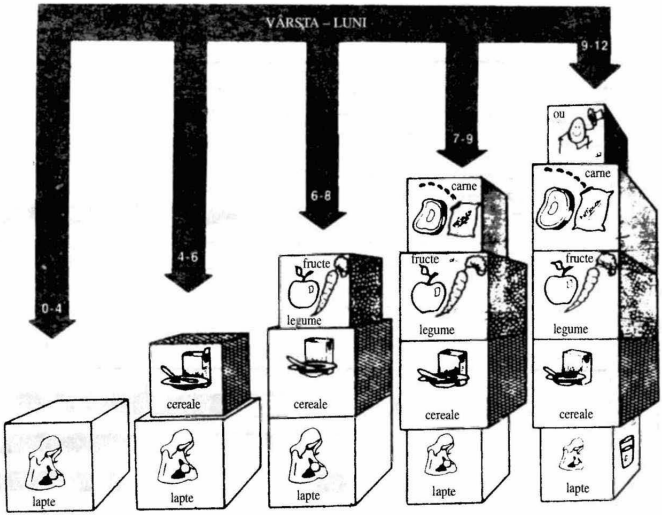


Fig. 3.8 C – Introducerea alimentelor solide la sugar.
După Framkelts D., Jones E.: Manual of Pediatric Nutrition. Boston, Little, Brown and Co., 1985.[1]

Trecerea se va face treptat, ținându-se seama de gusturile și modul cum acceptă fiecare sugar modificările alimentației. Familia este poate mirată de faptul că acordăm atâta importanță gusturilor și reacțiilor individuale ale sugarului. Nu întâmplător, ci pentru că astfel se împlinește o sarcină educativă importantă: se respectă individualitatea fiecărui copil. Mama trebuie să aibă răbdarea și îndemânarea necesare atunci când aduce ceva nou în alimentația sugarului și în viața lui în general. Rigiditatea dogmatică și forțarea sugarului au dus la cele mai multe anorexii (lipsă de poftă de mâncare) psihice la vârsta de sugar și la tulburări de comportament la copilul mai mare. Deci, dacă sugarul refuză un anumit pireu de zarzavaturi sau fructe el nu va fi forțat. Se va avea în vedere că anumite preferințe sau repulsii sunt posibile în cadrul unui comportament alimentar și acest lucru va fi respectat. Dacă se dă sugarului șansa de a-și descoperi acum unele preferințe alimentare, se va constata, când va fi mai mare, că alimentația lui îi este specifică lui și acest lucru este valabil și în alte domenii de educație.

La sugarii care au tendință la constipație sau la obezitate, supa de zarzavat se va introduce mai timpuriu. Supa se prepară pornind de la fiertura de legume. La început se fierb numai morcovii (foarte bine tolerați de orice sugar, deoarece conțin pectine - care combat diareea - și multe săruri minerale și vitamine) și foarte puțină albitură (pătrunjel sau țelină). La cei cu tendință la constipație se introduc de la început și cartofii.

Se aleg 4-5 morcovi de bună calitate de mărime mijlocie, 2-3 cartofi, 1 rădăcină de pătrunjel, se spală și se curăță bine; se adaugă nu prea multă apă și se fierbe până ce zarzavatul se sfărâmă ușor. Dacă apa scade prea mult, se completează mereu, pentru a nu fierbe în sec. Se trec printr-o sită deasă sau se mixează numai morcovii și ceva mai târziu cartofii. Se resuspendă morcovii și cartofii în apa de fierbere. La

[1] Din figurile 3.8 B și 3.8 C se desprind următoarele: în Europa (Germania, Elveția etc.) diversificarea se face cu introducerea în ordine de fructe, piure de zarzavat, carne, gălbenuș de ou și iaurt sau brânză de vaci, în timp ce în SUA ordinea introducerii de alimente noi este: cereale, legume, fructe, carne și ou.

început se adaugă numai 10 linguriţe de morcovi pasaţi (50 g). Până la 4½-5½ luni se recomandă să predomine morcovii; după aceea, dacă sugarul tolerează şi mănâncă mai bine, "pireul" poate fi predominant de cartofi sau numai de cartofi pe care, de obicei, sugarii îi primesc cu plăcere mai mare decât pe alte zarzavaturi. În tradiţia românească, în "pireu" se pun şi albituri (rădăcinoase de pătrunjel, ţelină sau păstârnac); unii sugari nu agreează însă zarzavaturile cu anumite arome.

Ulterior, dacă sugarul a ajuns să mănânce şi alte zarzavaturi, acestea se pot pasa amestecate în supă (cartofi, morcovi, dovlecei, ceapă, boabe de mazăre verde, tomate, gulii, albitură, foi verzi). Sugarul nu va fi forţat să primească un amestec care conţine un zarzavat care nu-i place. Suntem de părere ca la început supa să se prepare cu mai multe zarzavaturi, dar să se treacă prin sită numai cartofi şi/sau morcovi. Obiectivul permanent în prepararea şi administrarea acestei mese este să se treacă cât de curând de la *supă* la *pireu*, singurul care acoperă nevoile nutritive ale sugarului mai mare.

La sugarii care preferă să mănânce numai din biberon, consistenţa supei va fi pregătită în aşa fel ca să treacă prin orificiile tetinei. La cei care primesc "supa" cu linguriţa (de preferat!) se va da de la început sub formă de pireu. Este important ca zarzavatul să fie trecut prin sită sau mixat. De la început această supă poate fi îmbogăţită cu 1-2 măsuri rase din laptele praf cu care este alimentat sugarul. În loc de pireu de zarzavat la sugarii cu creştere ponderală subnormală se poate începe cu lapte cu cereale: vezi fig. 3.8 C pag. 150. Acest adaos face ca sugarul să primească mai uşor supa şi în acelaşi timp să crească valoarea calorică a mesei respective.

După ce în decurs de 1-2 săptămâni primeşte supa (pireul) de zarzavat (morcovi şi cartofi) se poate renunţa la îmbogăţirea cu lapte praf instant (adaptat sau parţial adaptat) şi se trece la adaosul de ulei de floarea-soarelui (1/2 linguriţă). În decurs de şapte zile se va introduce carnea de pasăre sau de vită tânără (mânzat). Carnea se fierbe şi se mixează. La început sunt suficiente 2-3 linguriţe care se introduc de 4 ori pe săptămână, din două în două zile. Carnea procurată (proaspătă, de bună calitate) se tranşează în porţii mici, se înveleşte fiecare în pungi mici de plastic şi se păstrează în congelator. La început carnea se fierbe separat. Nu este necesar să se introducă de la început supa de carne ("bulionul"), ci supa de zarzavat la care se adaugă carnea fiartă şi mixată.

În săptămâna a treia, în celelalte trei zile ale săptămânii se introduce tot carne sau gălbenuşul de ou. Se folosesc numai ouă proaspete, fierte bine şi se ia numai gălbenuşul. În prima zi se va adăuga un sfert, în a doua şi în a treia zi un gălbenuş întreg.

În rezumat:

Prima săptămână:

– 100 ml apă de fierbere

– *50–100 g* pulpă de morcovi (3/4); cartofi (1/4)

– eventual se îmbogăţeşte cu 1-2 măsuri de lapte instant sau cu 1/2 linguriţă de ulei sau cu făină de cereale fără gluten.

Nu se sărează

Săptămâna a II-a:

100-150 ml:

– 1/2 apă de fierbere

– 1/2 morcovi trecuţi prin sită; eventual şi cartofi

– eventual 1 – 2 măsuri rase de lapte instant (adaptat sau partial adaptat) sau de cereale fără gluten.

– de 4 ori pe săptămână câte 2 – 3 linguriţe de carne mixată sau fin tocată de pasăre sau mânzat

Săptămâna a III-a:

150-180 ml:

– 1/2 – 1/3 apă de fierbere

– 1/2 – 2/3 zarzavat pasat (morcovi şi/sau cartofi)

– 1– 2 măsuri de lapte adaptat sau parţial adaptat, sau ulei, sau cereale fără gluten (orez).

– 4 – 7 ori pe săptămână carne sau 4 ori carne şi 1– 3 ori gălbenuş de ou (la început 1/4, apoi 1/2 şi la sfârşit 1 gălbenuş întreg).

De dorit cât mai repede să se ajungă la consistenţa pireului şi să se dea cu linguriţa.

• *Cumpărarea alimentelor*. Este bine să se facă, pe cât posibil, cumpărături dese şi să nu se păstreze prea multă vreme. Se evită fructele şi zarzavaturile ofilite, zbârcite, pătate, alterate. Se spală bine, mai ales cele care nu se cojesc (pe lângă murdărie, microbi există şi pericolul infestării cu substanţe insectofungicide, care sunt toxice!).

• *Alimentele se păstrează* în ambalaje curate şi închise în frigider sau congelator. Durata păstrării se fixează conform indicaţiilor din prospectul congelatorului. Alimentele nu se păstrează peste termenul recomandat de fabricant. Pentru iarnă cel mai bun procedeu de conservare a alimentelor îl constituie congelatorul. Nu se pun alimente fierte alături de cele crude. Carnea crudă şi peştele se pun pe o farfurie pentru ca zeama să nu se scurgă pe raftul inferior.

Produsele supracongelate trebuie să fie complet dezghețate înainte de preparare și în nici un caz nu se recongelează.

• *Fierberea (coacerea) și reîncălzirea alimentelor.* Singura regulă simplă în ce privește alimentația sugarilor și copiilor mici constă în fierberea alimentelor, îndeosebi laptele de vacă, carnea și ouăle. Pe cât posibil se evită reîncălzirea resturilor. Insistăm asupra obligației ca alimentele decongelate să fie încălzite o singură dată; resturile se aruncă Alimentele preparate înainte de folosire nu se lasă să se răcească înainte de a le pune în frigider, deoarece în felul acesta se lasă timp bacteriilor să se înmulțească; alimentele pregătite se acoperă și se introduc de-a dreptul în frigider sau congelator.

Câteva sfaturi (unele se repetă!)

• *Igiena în bucătărie.* Spălați-vă mâinile cu săpun și cu apă caldă înainte de a atinge alimentele. Vegheați ca întreaga familie să-și spele, de asemenea, mâinile (nu în chiuvetă sau în lighean!). Când ieșiți de la closet și după ce ați schimbat sugarul, ca și atunci când v-ați jucat cu câinele sau cu pisica, spălarea mâinilor este obligatorie.

Bucătăria se păstrează perfect curată, mai ales masa de lucru, capacele de lemn pentru tăiat (carne, zarzavat) și obiectele ce servesc la prepararea alimentelor. Farfuriile se șterg cu o cârpă curată sau se lasă să se usuce pe un suport pentru scurs, după ce se limpezesc bine cu apă caldă. Buretele se spală și se stoarce în mod regulat. Găleata ("pubela") se ține curată, închisă și se golește des. Vasele trebuie să fie de bună calitate: din oțel sau emailate.

Alimentele care nu se păstrează în frigider (biscuiți, pâine, zahăr etc.) vor fi tot timpul acoperite.

Preparare. Dacă nu aveți mixer se va trece zarzavatul prin sită, iar carnea se va toca de două ori prin mașina de tocat sau se va tăia cât mai fin.

În primele luni toate alimentele trebuie să fie lichide sau sub formă de pastă chiar foarte fină. Numai după vârsta de 7-10 luni unii sugari acceptă pireul de zarzavaturi sau pasta de fructe în fragmente ceva mai mari, sfărâmate cu furculița. În general, se prepară cantitatea pentru o singură zi. Dacă preparați o cantitate mai mare se poate păstra porția pentru a doua zi într-o crăticioară care se pune imediat în congelatorul frigiderului. Crăticioara se dezgheață și se încălzește numai înainte de folosire.

Supa (pireul) se subțiază cu apa în care s-au fiert zarzavaturile. Pentru ca sugarul să primească supa, ea se poate "drege" la început, adăugând puțin lapte de mamă sau 1-2 măsuri din pudra laptelui adaptat sau parțial adaptat. Apoi se dă sugarului respectiv. Pulberea de lapte fiind "instant" se dizolvă imediat în amestecul din apa de fierbere și zarzavatul pasat. În loc de zahăr sau miere se poate folosi cel mult dextroză sau suc natural de fructe.

La sugarii care primesc deja pireuri și le doresc ceva mai îngroșate, se poate adăuga puțină făină de cereale instant. Până la 6-7 luni se recomandă cerealele fără gluten (orez, porumb, tapioca).

• Înainte de folosire, zarzavaturile și fructele se spală bine cu apă limpede pentru a înlătura murdăria și resturile de substanțe insectofungicide care se folosesc în prezent în agricultură și în pomicultură. Sunt toxice! La cartofi se înlătură "colții" și punctele negre. Se aleg morcovi mai tineri. Înainte de fierbere se taie în felii subțiri.

• Carnea se fierbe și se reduce la un pireu fin. Se preferă carnea "albă" (de găină), ficatul de găină, mai târziu carnea "roșie" de vită și de preferat cea de vită tânără (mânzat). În loc de carne se poate da pește. Carnea se poate da zilnic dacă nu aveți siguranța prospețimii oului.

Carnea se poate procura în cantități mai mari, se tranșează în porții mici care se învelesc în pungi mici de plastic și se păstrează în congelator. Odată dezghețată trebuie folosită.

La început nu este folosită supa de carne (bulionul), ci numai carnea, care după ce este mixată se amestecă bine în zarzavatul pasat.

• Se folosesc pe cât posibil legume proaspete sau, pe timp de iarnă, păstrate corect (cartofii, morcovii) sau congelate (dovleceii, fasolea verde, mazărea, conopida, spanacul).

• Mixajul sau trecerea prin sită (pasajul) se fac în ultimele minute, înainte de folosire.

• *Consistența* supei se fixează în funcție de vârsta și de preferințele sugarului. La început, la 4-5 luni, se dă fluidă, la 6-7 luni se prepară ca o cremă, iar spre 8-9 luni ca o pastă. La început, unii sugari o primesc numai din biberon (tetina va avea orificii mai largi), alții chiar de la început cu lingurița, ceea ce este de preferat.

• Insistăm asupra faptului de a nu se adăuga *sare*. Rinichii sugarului nu suportă excesul de sare.

• Nici *zahărul* nu este necesar. Predispune la obezitate, obişnuieşte pe copil cu dulciurile, care au efecte nefaste asupra apetitului, dentiţiei şi creşterii. Autorii americani interzic complet mierea în perioada de sugar (predispune la carii dentare, este purtătoare de infecţii).

• Se preferă uleiul de floarea-soarelui sau de porumb. Unii sugari acceptă mai bine untul.

• *Zarzavaturile* nu se ţin multă vreme în apă, înainte de fierbere, deoarece se pierd o parte din vitamine şi din minerale.

• După fierbere alimentele se răcesc brusc (se pun în frigider sau în congelator) pentru a împiedica înmulţirea microbilor.

• *"Supa" sau "pireurile"* sunt valoroase prin aportul de fibre (celuloză), minerale şi vitamine, iar adaosurile de carne sau gălbenuş de ou asigură aportul de fier (combate anemia), precum şi a unor proteine şi grăsimi foarte valoroase. Din acest grup cel mai preţios este *ficatul*. Trebuie însă să fie proaspăt!

• *Alimentaţia cu pireuri gata preparate* (borcane mici). În ultimii ani au apărut şi la noi pireuri de fructe sau zarzavaturi, preparate industrial şi manufacturate în mici borcane. Mama este scutită de efortul de a le pregăti personal, însă prezintă dezavantajul că sunt foarte scumpe. În general sunt utile în timpul călătoriilor. Atunci când vă hotărâţi să folosiţi astfel de borcănaşe trebuie să vă conformaţi următoarelor indicaţii:

– verificaţi data expirării;

– verificaţi capacul borcanului: dacă este bine închis, dacă bombează şi dacă nu a pătruns aer în borcan;

– studiaţi compoziţia indicată pe etichetă. Componentele sunt notate în ordinea cantităţii descrescânde. Nu cumpăraţi produse în care apa figurează în capul listei;

– nu cumpăraţi produse care conţin un adaos de zahăr, miere, sare, amidon sau glutamat;

– atenţie la cutiile cu preparate "carne şi legume". Unele conţin substanţe care le îngroaşă. Când cumpăraţi carne şi legume în borcănaşe separate, le amestecaţi înainte de folosire;

– nu încălziţi un borcănaş de sticlă, pentru că ar putea să se spargă;

– borcanul început nu se păstrează mai mult de două zile la frigider; după acest interval se aruncă;

– nu luaţi cu linguriţa direct din borcănaş pentru a alimenta sugarul, dacă nu sunteţi sigură că va fi consumat la o singură masă; restul ar putea să fermenteze sub influenţa salivei adusă prin linguriţă.

Băuturile

De îndată ce sugarul primeşte alimente solide i se dă şi apă (fiartă şi răcită). Se începarcă şi se începe cu circa 25-50 ml (5-10 linguriţe) după masa respectivă. În locul apei se poate da suc de fructe diluat. De altfel, odată cu vârsta, sugarul se mişcă din ce în ce mai mult, ceea ce duce la pierderea de apă prin transpiraţie şi ca urmare la sete. Vara nevoia de lichide este şi mai mare. Nu este bine să se dea copiilor sirop diluat sau ceaiuri îndulcite; acestea, scad pofta de mâncare şi predispun la carii dentare. Evitaţi sucurile de fructe concentrate, băuturile pe bază de coca şi cele care conţin zahăr rafinat, miere sau zaharină. Apa simplă şi sucul de fructe presat înainte de folosire sunt cele mai bune!

În rezumat:

Dimineaţa: 180 ml lapte ("de durată", "pentru vârsta a II-a"): Milumil 2, Nutrilon plus, Humana 2, Beba, Guigoz 2, Nativa 2, Nan etc. sau adaptat (Similac etc.); în mediul rural lapte de vacă diluat (2/3 lapte + apă şi apoi 3/4 lapte + 1/4 apă);

Ora 10: nimic sau fructe (suc, pulpă);

Prânz: 120-180 g legume trecute prin sită sau mixate (morcovi, cartofi etc.) cu 10-30 g carne (găină sau mânzat), un sfert de linguriţă de ulei. La sfârşit suc de fructe diluat. La sugarii care nu cresc în greutate sau/şi primesc greu "supa" numai din zarzavat se pot adăuga 1-2 măsuri rase de pudră din laptele folosit pentru copil sau şi mai bine cu cereale instant; se îmbogăţeşte cu 1/2-1 linguriţă de ulei de floarea-soarelui. Masa de la prânz, de legume se poate da şi mai rar, de câteva ori pe săptămână.

Gustare: încă un biberon de lapte; eventual completat cu fructe cu sau fără cereale fără gluten (orez, porumb);

Seara: ca dimineaţa sau lapte cu cereale (Brei).

• Dacă *sugarul este hrănit încă la sân* se vor menţine 5 mese; la una din ele se vor da fructe, după care i se poate oferi sânul. Nu este necesară încă "supa". La cei hrăniţi artificial, repetăm, introducerea supei este facultativă şi numai la sugarii care au crescut bine şi care sunt maturaţi să mestece şi să înghită alimente mai consistente! La cei cu greutate mică, în loc de supă se va da lapte cu făină de cereale şi/sau fructe.

Creşterea şi dezvoltarea psihomotorie

Greutatea. Creşterea va fi mai mică în luna a cincea: 600-700 g pe lună, în medie 20 g/zi sau 140 g pe săptămână. La 5 luni sugarul normal şi-a dublat greutatea de la naştere. Excepţie fac sugarii cu greutate mică la naştere; ei îşi dublează greutatea mai devreme decât cei cu greutate mai mare. Dimpotrivă, cei născuţi cu greutate mare (peste 3 500 g) şi-o dublează mai târziu.

Lungimea. Sugarul a crescut cu 13-15 cm de la naştere [(4 + 3 + 3 + 2 sau 3) + 2]. În ultima lună a crescut cu 2 cm. De acum înainte va creşte şi mai puţin: circa 1 cm pe lună.

Nu se fac consideraţii asupra înălţimii definitive a unei fiinţe umane după modul cum creşte în primul an de viaţă. Aşa cum am afirmat şi în alte părţi ale acestei cărţi "saltul" definitiv al înălţimii survine la pubertate între 11 şi 16 ani.

• *Motricitatea generală*. a) *Aşezat pe spate (decubit dorsal)*. Spre sfârşitul lunii a V-a, o mare parte din sugari se pot întoarce de pe o parte pe alta. Unii reuşesc să se întoarcă şi de pe spate pe burtă. Circa 25% dintre ei nu reuşesc această performanţă, deşi sunt normali în ceea ce priveşte alte capacităţi neuromotorii.

Îşi apucă picioarele şi le duce la gură. Stând culcat, sugarul îşi pipăie propriul corp cu mâinile, acum deschise. Uneori îşi întinde la maximum coloana vertebrală, se sprijină pe cap şi pe tălpi, în timp ce ridică şezutul, dând impresia că face "puntea". Alteori ridică capul şi în acelaşi timp întinde restul corpului (fig. 3.9).

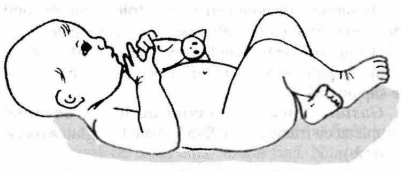


Fig. 3.9 – După 4 luni, sugarul, culcat pe spate, ridică singur capul de pe planul patului.

Dacă i se întinde un obiect îl apucă, încă cu stângăcie, cu toate degetele, dar îl ţine bine strâns; îl scuturâ, îl izbeşte de gratiile patului, îl "cuprinde" cu ochii şi apoi îl duce la gură. Îi dă drumul singur. Îi place să agaţe păturica şi s-o tragă până la gură pentru a o suge.

Fig. 3.10 – Ridicat de mâini în poziţie şezândă, controlează bine mişcările capului.

Trunchiul este în poziţie simetrică faţă de cap. Membrele inferioare sunt în rotaţie externă şi uşor îndepărtate. De cele mai multe ori pedalează succesiv când cu un picior, când cu celălalt, dar adesea întinde şi îndoaie simultan ambele membre inferioare, genunchii pot fi bine întinşi, iar picioarele sunt mobile în articulaţia gleznelor.

Toate mişcările devin mai coordonate şi mai variate.

b) *Aşezat pe burtă*, sugarul se redresează cu uşurinţă sprijinindu-se pe antebraţe. Stă în poziţie simetrică, cu capul ridicat până la 90°. Se pivotează pe un singur braţ, greutatea fiind transferată de partea braţului pe care se sprijină, şi astfel îşi eliberează celălalt braţ pe care îl întinde înainte. Schiţează târârea, dar nu reuşeşte să-şi deplaseze întreg corpul. Ridică mâinile şi picioarele simultan ca într-o mişcare de înot.

Bazinul este aplicat pe planul patului.

c) *Ridicarea de braţe din poziţia culcat pe spate*. Sugarul se agaţă strâns cu toate degetele de câte un deget de la mâinile adultului şi se ridică din poziţia culcat pe spate în cea de aşezat cu controlul perfect al capului (fig. 3.10). În caz că sugarul nu participă la această mişcare (nu se agaţă de degetul adultului, nu are puterea de a se ţine de acest deget sau/şi nu încearcă să-şi ridice capul şi toracele) va fi sesizat medicul. După ce este ridicat în şezut şi susţinut în această poziţie, sugarul îşi ţine bine capul, îl duce în faţă şi-l roteaţă lateral. În timp ce este ridicat, membrele inferioare se întind. Braţele sunt flectate în articulaţiile cotului.

d) *Poziția în șezut.* Începe stabilitatea trunchiului. Spatele nu este drept, dar poate fi adus pentru scurt timp în extensie. Ținut de umeri, sugarul încearcă să stea pe șezut: își poziționează bine capul în spațiu, dar nu reușește să-și țină trunchiul, se apleacă în față, întinde brațele înainte pentru a se sprijini, dar fără prelurarea integrală a greutății. Articulațiile șoldului se flectează, membrele inferioare se rotează și se înclină spre părțile laterale, genunchii sunt flectați, iar gleznele sunt mobile.

e) *Ridicarea în picioare, susținut de subsuoară (axile).* Sugarul își împinge picioarele spre planul patului și preia greutatea corpului. Nu reușește încă să se sprijine pe picioare; își flectează articulația șoldului, îndoaie și întinde genunchii, se sprijină discret și pentru scurt timp pe vârful picioarelor, are tendința de a se "balansa" sau de a face "hopa-Mitică".

f) *Reacții de poziție.* În orice poziție, capul se poziționează bine. Sugarii foarte bine dezvoltați neuromotor, reacționează bine la orice poziție a capului față de trunchi și a corpului față de cap (fig. 3. 11 *a* și *b*). Această reacție este cunoscută de pediatri sub numele de reacția Landau.

Fig. 3.11, A – Reacție de poziție.

Precizăm că această reacție nu se constată la toți sugarii în luna a V-a, dar în lunile următoare va fi urmărit modul cum se produce.

• *Motricitatea fină și apucarea.* Dacă sugarul este într-o poziție stabilă poate apuca cu ambele mâini prin prindere palmară cu toată palma (prindere "simiană").

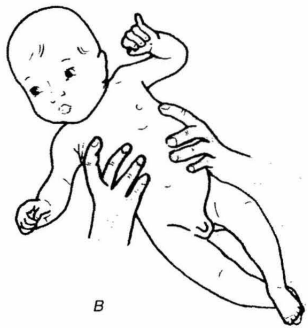


Fig. 3.11, B – Reacție de poziție.

Ridicat în șezut și sprijinit de un adult urmărește cu interes obiectele care sunt lăsate să cadă lateral de corp. Întinde mâna spre o jucărie; după ce o apucă, se opune când mama încearcă să i-o ia; jucăria este apucată cu mâna deschisă, cu toate degetele; acest mod de a apuca îl face să-i dea drumul fără vreun scop și fără s-o mai poată recupera.

• *Gura devine un organ de cunoaștere.* Sugarul simte nevoia de a duce toate obiectele la gură. Este o modalitate de a le cunoaște. Buzele și limba sunt organe bune de "pipăit". Mama va oferi numai obiecte pe care sugarul le poate băga în gură fără pericol. Sunt indicate: inele de plastic, jucării din cauciuc. Se vor pune la îndemâna sugarului numai obiecte cu dimensiuni și forme care să nu permită înghițirea sau alt accident. Se vor spăla ori de câte ori cad jos și nu se va permite celorlalți frați să se joace cu ele (pericol de infecție). Dacă nu i se dau jucării, sugarul va morfoli, foarte probabil, cămășuța, păturica, marginea patului etc.

• *Limbajul.* Sunetele emise sunt tot guturale, realizate fără a folosi mult limba sau buzele. Sugarul gângurește și "vocalizează". Când este în stare de veghe "vorbește" mult "pe limba lui", leagă sunetele, "fredonează", se oprește și reîncepe mereu. Din când în când pronunță clar un "a" sau un "e" bine conturate, tace pentru câteva secunde sau minute și le repetă ca și când ar vrea să se asculte. Vorbește singur, începe să emită silabe (da, de, gu) și le unește progresiv în lanțuri de silabe ritmice. Când mama imită aceste sunete, satisfacția sugarului crește și, parcă încurajat, angajează

un fel de "conversație". De îndată ce s-a instalat această schiță de dialog, sugarul râde cu hohote, se răsucește, întinde brațele și reia vocalizele, îndemnând parcă și pe mama lui să le repete. Se oprește din plâns când aude muzică.

• *Contactul social.* În loc de reacții globale (tresăriri, teamă, țipete), sentimentele se nuanțează, mijloacele lui de manifestare se îmbogățesc: bucurie, mânie, plictiseală. Din ce în ce mai mult "îi place societatea", simte nevoia să fie cineva lângă el ori de câte ori este treaz; dacă i se vorbește este fericit.

Începe să se contureze din ce în ce mai mult personalitatea sugarului ("vesel", "leneș", "activ", "sensibil", "visător"). Nu se pot trage concluzii definitive.

Toți cei ce îngrijim sugari suntem izbiți de faptul că unii sugari sunt "leneși" și refuză să primească orice aliment mai consistent sau să "participe" la mâncare, că unii plâng la orice voce care se ridică, iar alții sunt indiferenți. De îndată ce se trezesc, unii gânguresc, se întorc în toate părțile, încearcă să "prindă" mișcările și vocile adulților. Unii se opresc din plâns când li se vorbește. Încep să deosebească persoanele apropiate de cele străine.

• *Auzul și localizarea zgomotelor.* Sugarul aude bine și se întoarce spre sursa de sunete. Este important ca atunci când se testează auzul sugarului, acesta să fie calm, iar în jurul lui să fie liniște.

Sugarul deosebește calitățile sunetelor. Recunoaște sunete și se bucură de unele, refuzând pe cele prea zgomotoase sau cu care nu este obișnuit. Repetă propriile sunete, se bucură de ele. Emite sunete nuanțate. Repetă și schimbă repertoriul de sunete. Țipă cu putere când are anumite nevoi sau dorește să atragă atenția. Pe zi ce trece se remarcă o mare variație în nuanțele și tonalitatea plânsului.

Vederea și mișcările globilor oculari. Sugarul fixează obiectele și coordonează mișcările globilor oculari cu ale capului în poziție adecvată. Urmărește o "zdrăngănică" la 90° peste linia mediană, în toate planurile (le examinează în poziție șezând și culcat pe spate).

Normal, sugarul de 5 luni mai are strabism (se mai uită "cruciș"). La cei care nu-și coordonează încă bine mișcările globilor oculari sau se mai uită din când în când *cruciș* se recomandă, în continuare, ca mama să "plimbe" un obiect strălucitor la 20-30 cm de fața sugarului. Exercițiul se face de mai multe ori pe zi.

• *Materiile fecale și urina. Eritemul fesier.* Introducerea de alimente noi (fructe, zarzavaturi, carne, ulei) în alimentație schimbă conținutul, consistența, numărul și culoarea materiilor fecale și caracterul urinei.

Urina capătă un miros de amoniac. Pielea din jurul orificiului anal și organelor genitale se pot înroși, uneori apar crăpături și/sau descuamări. Eritemul fesier (opăreala) apare adesea după introducerea sucului de portocale sau de lămâie. Se va folosi o "mixtură" simplă sau o pomadă izolantă prescrisă de medic și se va lăsa sugarul de mai multe ori pe zi cu coapsele și zonele fesiere descoperite; așa cum am mai spus, expunerea la aer constituie un bun remediu pentru prevenirea și tratamentul eritemului fesier. Bineînțeles se vor face corectările necesare în alimentație, încercând cu alte sucuri sau pulpe de fructe sau zarzavaturi, în general mai bine tolerate (morcovi, mere, banane).

Materiile fecale se modifică mult. Este normal ca în scaune să apară resturi de fructe și/sau legume nedigerate. În funcție de organismul sugarului, scaunele pot deveni fie mai moi și mai numeroase, fie mai rare și mai consistente. La sugarii cu tendință la constipație, pireul de la masa de prânz va fi predominant sau numai de cartofi. Se va adăuga făină instant de porumb și se va crește cantitatea de ulei. La cei cu tendință la diaree se vor folosi numai morcovii și eventual se va adăuga o făină instant de orez la mesele de lapte și la pireul de la prânz.

Baia zilnică este obligatorie. Spălarea pe cap se poate face de 2-3 ori pe săptămână. În situațiile în care baia "generală" nu este posibilă, se va efectua seara o "baie parțială" simplificată (organele genitale, mâinile, picioarele, gâtul, fața). Nu suntem de acord cu reluarea îmbăierii de 1-2 ori pe săptămână.

Vaccinări. De obicei în această lună este planificată administrarea celei de a doua doze de trivaccin asociat DTP (difterie, tetanos, tuse convulsivă), de vaccin antipoliomielitic (A. P.) și antivirusul hepatitei B.

Stimularea dezvoltării sugarului. Unii părinți sunt preocupați să aibă un copil precoce, care – comparat cu alții de vârsta lui – să realizeze diverse performanțe. De exemplu, tentativele de a-l fixa și forța să stea în șezut, pentru a grăbi această capacitate a sugarului, constituie o greșeală. Pentru stimularea corespunzătoare necesară achizițiilor motorii vezi "Gimnastica sugarului".

3.5. De la 5 la 6 luni

Medicul de familie, asistenta de ocrotire și mama insistă mai mult asupra dezvoltării fizice (creșterea greutății și a lungimii corpului) și mai puțin asupra dezvoltării psihomotorii (maturația psihică și motorie). Motivul este că în primul an de viață dezvoltarea psihică depinde de dezvoltarea fizică și de "experiențele" pe care le capătă sugarul în raport cu mediul înconjurător (dragostea și calitatea îngrijirii mamei, alimentația, programul zilnic, încurajarea și stimularea achizițiilor motorii apărute spontan la sugar, armonia vieții de familie).

De aceea *ambii părinți*, nu numai mama, sunt datori să învețe să studieze, să cunoască, să îngrijească, să se "converseze", să se joace cu copilul.

Sugarul nu poate efectua un proces de gândire abstractă. El trebuie, de exemplu, să cunoască întâi în mod concret, "fizic", o jucărie. Pentru a "cunoaște" și a "învăța" ce se poate face cu orice obiect, părinții sunt datori să-l pună în mână, să-l "plimbe" prin fața ochilor. Sugarul îl apucă în palmă, îl pipăie, îl privește, îl aude sunând. Treptat, în săptămânile următoare, sugarul își va perfecționa modul cum îl prinde în mână, va reuși să-l țină mai mult într-o mână, să-l treacă dintr-o mână în alta, să-și folosească degetele, să-l "cunoască" și prin gust, ducându-l la gură, să-l "studieze", să-l azvârle, să încerce să-l recupereze etc. Părinții vor alege un obiect ușor. Sugarul va acumula o serie de experiențe în legătură cu obiectul respectiv. Multiplele contacte corporale directe cu obiectele din jur, utilizarea permanentă a tuturor simțurilor sale, amintirea experiențelor trecute sunt aparent fără importanță. În realitate, ele îmbogățesc bagajul de experiențe, care reprezintă baza dezvoltării sale psihice și motorii.

Alimentația

Alăptarea. La sugarii alimentați numai la sân până la această vârstă, pe lângă fructele introduse la masa a II-a sau a IV-a (mere rase sau banane în toamnă și iarnă, fructe de sezon în timpul verii) se poate introduce supa de zarzavat (trecută prin sită sau mixată), îmbogățită cu carne (gălbenuș de ou) și ulei după tehnica arătată anterior. Se continuă cu produsele de lăpturi folosite și în luna anterioară (formule, produse de continuare). Rar se recomandă lăpturile cu adaos de cereale (vezi tabelul 3.2 pag. 126 și fig 3.8. C, pag. 150).

La sugarii hrăniți artificial, în luna a șasea la o parte din ei se poate da supă zilnic și se înlocuiește complet laptele. La supa (pireul) de zarzavat se adaugă zilnic sau de 4-6 ori pe săptămână carnea, iar în restul zilelor câte un gălbenuș de ou fiert tare sau tot carne. În a doua jumătate a primului an de viață cantitatea de carne crește la 30-40 g. Rezervele de fier depozitate în timpul sarcinii la copil se epuizează, iar copilul are nevoie de un aport zilnic de 3-6 mg la sugar și 8 mg/zi de la 6 luni la 6 ani. Carnea este cel mai important furnizor de fier (tabelul 3.2 pag. 126).

În prezent, majoritatea societăților de pediatrie recomandă pireul de zarzavat din luna a VII-a. Din fig. 3.8. B, pag. 149 se observă recomandările Societății elvețiene de pediatrie, recomandări care sunt preconizate de toate țările Europei Occidentale. Și în luna a 6-a pireul se va da sub formă fină (trecut prin sită sau mixat). În lunile următoare se încearcă de abia să se descopere momentul în care sugarul va primi pireul sfărâmat cu furculița. Pireul se "dregе" cu ceva unt (5 g) sau și mai bine cu ulei (1/2 - 2 linguriță mici). Dacă sugarul nu-l vrea consistent, se adaugă câte puțin din apa de fierbere. Rădăcinoasele preferate de mame și specificate în majoritatea cărților de dietetică de la noi nu sunt pe placul multor sugari. Acesta are un simț al mirosului fin și selectiv. Majoritatea nu acceptă rădăcinile de țelină, pătrunjel, păstârnac. **Nu se adaugă sare sau zahăr.** La distanță, mai târziu, s-a constatat că alimentele sărate predispun la hipertensiune arterială. Cât despre zahăr (s-a mai vorbit în această carte), predispune la carii dentare, la obezitate și face pe sugar să prefere dulciurile în locul laptelui. În schimb, unii autori (americani îndeosebi) la acest pireu adaugă cereale.

Alimentația cu produse gata fabricate (piureuri și sucuri). Produsele fiind foarte fin fărâmițate și omogenizate sunt ușor digerate și eficient folosite. De regulă, calitatea pireurilor din borcane este mai bună și nu necesită pregătiri. Porționarea este ușoară, copilul le primește bine și ele conțin cam tot ce trebuie organismului în ce privește fructele sau zarzavaturile. Produsele Bebelac, Hipp și Nestlé sunt cele mai consacrate și se găsesc tot timpul.

Așa cum am mai spus, conținutul unui borcan se încălzește o singură dată. Restul poate fi folosit de către copiii mai mari și de adulți. Dacă sugarul se satură cu

porţii mai mici, alimentele nu se încălzesc în borcan, ci le împărţiţi în porţii mici. Conţinutul se trece într-o crăticioară care se pune într-un vas mai mare ce se încălzeşte la foc moale. Borcanul desfăcut se închide din nou şi se păstrează în frigider cel mult două zile. Meniurile cu adaos de carne se folosesc numai în a doua zi.

Ulterior, borcanul de sticlă îl puteţi încălzi într-un fierbător special, într-o baie de apă caldă pe un foc moale sau la microunde dar niciodată la flacăra aragazului (se sparge!). În timp ce se încălzeşte, bineînţeles se înlătură capacul şi conţinutul se amestecă cu o linguriţă până se ajunge la temperatura corespunzătoare. Atenţie când folosiţi microundele, pentru că alimentele fierb repede, în timp ce borcanul rămâne relativ rece. Masa se serveşte cu linguriţa direct din borcănaş când sugarul consumă întreaga cantitate.

De la această vârstă se pot da la masa de prânz şi alte zarzavaturi: dovlecei, ceapă, conopidă, gulie, mazăre verde fină, anason, spanac, varză de Bruxelles (verzişoară), tomate. Fierberea în oala-minune sau în vase tip "Zepter", ori la focul de microunde economiseşte timp şi cruţă vitaminele. Mâncarea se poate pregăti în cantitate mică pentru 1-2 zile sau în cantităţi mari care se pun în porţii mici şi se păstrează în pahare de iaurt sau de material plastic care se ţin în congelator pe o durată de până la două luni. Zarzavaturile culese proaspete se pot congela pentru lunile de iarnă.

În primul an de viaţă se dă numai carne de vită sau de găină. Cu cât o carne este mai închisă la culoare ("roşie") cu atât conţine mai mult fier. Carnea se fierbe şi cu un cuţit bine ascuţit se taie într-un pireu fin. Carnea se amestecă cu pireul de zarzavat. La această vârstă, din comerţ se vor prefera produsele de pireuri de zarzavat îmbogăţite cu carne. Ficatul are un conţinut ridicat de fier. Se poate da şi peşte "slab". Dacă se foloseşte carne de bună calitate (proaspătă sau bine congelată) se poate folosi la prepararea pireului şi zeama (bulionul) de carne.

Dacă şi la această vârstă linguriţa nu este acceptată se va da sub formă de "supă" cu biberonul, a cărui tetină are orificii lărgite. Cu răbdare încercaţi în săptămânile următoare să preparaţi un pireu mai "atractiv" fie prin adaos de spumă de banane, fie cu 1-2 măsuri din pulberea de lapte din preparatul pe care sugarul îl primeşte la mesele de lapte şi cereale instant.

Este important însă ca foarte curând, dacă nu s-a realizat în luna a 5-a, să se ajungă în luna a 6-a ca masa de prânz să fie numai din zarzavat cu carne, fără completare cu biberonul cu lapte. Dacă sugarul primeşte la prânz o porţie mare de pireu s-ar putea să ajungă să primească numai 4 mese în 24 de ore: dimineaţa şi seara câte un biberon cu lapte, la prânz pireu de zarzavat cu carne şi după-amiaza o "gustare" de fructe cu completare de lapte.

În luna a 6-a sugarul poate primi la unul din biberoane un produs industrial de lapte parţial adaptat îmbogăţit cu cereale sau cu fructe ("Brei" cu banane, mere, fructe tropicale etc.), de consistenţa ciulamalei.

• *La ţară*, unde sugarii se hrănesc cu lapte de vacă, dăm următorul exemplu (2 părţi lapte + 1 parte apă).

Pentru prepararea unui litru de lapte de vacă în concentraţie 2/3 sunt necesare: 700 ml lapte + circa 300 ml apă + 50 g zahăr (10 linguriţe rase de zahăr) + 20-30 g cereale de orez) (4-6 măsuri) şi 8-10 linguriţe de ulei.

La apa rece se adaugă făina de orez sau de porumb "instant" şi se amestecă până se resuspendă bine şi se toarnă peste lapte. Totul se bate cu un tel şi se pune la fiert la un foc moale. La sfârşit se adaugă uleiul de floarea- soarelui. Mulţi sugari preferă laptele fără adaosuri (zahăr, ulei, cereale).

• *Vitaminele* necesare organismului sugarului se asigură prin alimentaţie (lapte, carne, fructe şi zarzavaturi), în afară de vitamina D care trebuie să se administreze în tot cursul primului şi celui de al doilea an de viaţă (inclusiv vara!) sub formă de medicamente. La sugarii care primesc vitamina D sub formă de terapie de şoc (Stoss-Therapie) în luna a 6-a se administrează sub formă de injecţie intramusculară (o fiolă de vitamina D_2 sau D_3 de 200 000 u. i.). La sugarii cu o funcţie digestivă bună, fiola respectivă se poate da pe gură. Unii medici recomandă ca la fiola de vitamina D să se asocieze şi calciu pe gură (sub forma de calciu gluconic fiole de 5 ml sau tablete de calciu lactic pisate şi dizolvate în ceai).

• *Prevenirea cariilor dentare*. Se evită îndulcirea excesivă a alimentelor. Mierea de albine, îndeosebi, predispune la caii dentare. Dacă medicul a recomandat şi părinţii sunt disciplinaţi şi hotărâţi se va administra fluor 0,25 mg pe zi (sub formă de tablete de Zymafluor sau de alt produs comercial).

• *Problema anemiei feriprive*. Am vorbit anterior despre nevoile şi prevenirea anemiei feriprive la sugar.

Dacă nu s-a început diversificarea alimentației cu carne și gălbenuș de ou este foarte probabil ca rezervele de fier moștenite de sugar din perioada intrauterină să se fi epuizat și atunci se impune, eventual, să se administreze un preparat de fier sub formă de picături sau sirop. Consultați medicul de familie.

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

Greutatea. În luna a VI-a sugarul crește cu circa 500 g pe lună, respectiv cu 125 g pe săptămână. Diferențele pot fi apreciabile: 100 g în plus sau în minus nu trebuie să constituie motive de îngrijorare. La sugarii care cresc cu peste 600 g pe lună se reduc sau se suspendă făinoasele din alimentație și se cresc cantitățile de fructe și de zarzavaturi; la cei care cresc cu mai puțin de 400 g pe lună se va îmbogăți pireul de la prânz (unt, ulei de floarea-soarelui), se va reduce cantitatea de fructe, se va crește cantitatea de lapte, se va mări cantitatea de făinoase din fierturile făinos cu lapte. Cu preparate de durată Humana 2, Nutrilon plus, Milumil 2, Beba, Nan, Humana Baby fit în general sugarul crește bine.

Dentiție. În mod obișnuit, la 6-7 luni apare primul dinte. Foarte rar se întâmplă ca un sugar să aibă 1-2 dinți chiar de la naștere. *La unii copii normali primul dinte apare abia către vârsta de un an.* Aceste abateri mari de la regulă sunt, de obicei, de cauză familială. Dacă momentul apariției dentiției este foarte variabil, ordinea erupției este aceeași la aproape toți copiii. În mod normal, primii dinți care apar sunt incisivii mediani inferiori.

Locul unde va apărea un viitor dinte este înroșit și ușor umflat; prin transparența mucoasei se poate vedea vârful albicios al dintelui. Cei mai mulți sugari duc toate obiectele la gură și mușcă cu mai multă putere decât înainte. Unii sugari sunt nervoși, iritabili, au somnul agitat și apetitul diseminat. Toate aceste manifestări pot avea și alte cauze și nu sunt semne sigure de erupție dentară. Alții se simt la fel de bine ca până acum și nu prezintă nimic deosebit nici înainte și nici în timpul erupției dentare.

Mamele au tendința de a pune o mulțime de tulburări (nervozitate, febră, inapetență, diaree) pe seama erupției dentare care, singură, *nu declanșează însă creșterea mare a temperaturii și nici diaree!* Trebuie consultat medicul.

Culoarea ochilor. La 6-9 luni se definitivează culoarea ochilor.

Motricitatea generală. a) *Așezat pe spate (decubit dorsal).* Sugarul se poate întoarce de pe spate pe abdomen pe ambele părți, dar preferă una din ele. Apucă picioarele, își pipăie corpul spre a-l recunoaște. Întinde brațele în față și ridică capul. Uneori face "puntea" cu hiperextensia coloanei vertebrale: se sprijină pe cap și călcâie și își ridică în sus trunchiul și abdomenul cu încurbarea coloanei vertebrale. Membrele inferioare sunt în rotație externă, flectate (îndoite) de la genunchi, iar unghiul format de coapsă și abdomen este obtuz: piciorul este în extensie față de gambă, iar articulația gleznei este mobilă. De abia la această vârstă, extensia completă a membrelor inferioare este posibilă. Mișcările sunt mai coordonate.

Sugarul nu mai preferă poziția așezat pe spate. Încearcă să se întoarcă pe o parte sau pe alta, îi place să se agite, să dea din picioare fără încetare, de parcă ar pedala la o bicicletă, gângurește, lalalizează, trage câte un chiot. Mișcările membrelor inferioare au o amplitudine mare; izbește cu picioarele puternic, se oprește uneori pentru un minut și privește pe cei din jur de parcă ar vrea să se facă remarcat, apoi reîncepe.

b) *Așezat pe burtă (decubit ventral).* În această poziție ridică bine capul. Trunchiul este relaxat. Când stă liniștit pe burtă, șoldurile se lipesc de planul patului. Se sprijină pe antebrațe sau pe mâini cu echilibru bun (fig. 3.12).

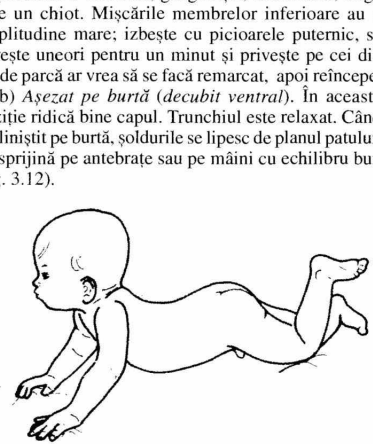


Fig. 3.12 – Culcat pe burtă, sugarul de 5-6 luni se sprijină uneori numai pe mâini.

Sugarul se întoarce uneori de pe abdomen pe spate, la început mai mult căzând, dar mai rar în modul "în bloc" și mult mai des prin rotație.

Am văzut că la 4 luni, dacă este așezat pe burtă, sugarul se sprijină pe antebrațe, ține capul mai sus și

poate privi lateral. La 6 luni el se sprijină pe oricare din segmentele membrelor superioare, își îndoaie spatele, ridică sus capul și-l întoarce în toate părțile, pentru a vedea tot ce se întâmplă în jurul său. Pus pe un plan orizontal și dur (țarc, masă) încearcă să se deplaseze: îndoaie și își împinge picioarele, în timp ce își îndreaptă și coboară capul, schițând mersul de-a bușilea.

c) *Poziția șezând.* Dacă este "pus să stea în șezut" sprijinit de mamă și aceasta își retrage mâinile care-l sprijină, sugarul ține mâinile în față, preluând destul de stângaci greutatea.

Între 5 și 6 luni o mare parte din sugari pot sta în șezut pentru scurt timp, necesitând încă o perioadă variabilă de timp până reușesc să stea bine, fără nici un sprijin. Cei cu o dezvoltare foarte bună pot sta 1-5 minute, fără a obosi. După ce a învățat să stea în șezut și dacă sugarului îi face plăcere, mama îl poate așeza zilnic timp de 15-30 minute într-un scaun pentru sugari[1]. Poziția aceasta îl bucură, deoarece poate să folosească ambele mâini pentru joc. *Încercările unor mame de a-l face pe sugar să stea în șezut, ridicându-l mai des sau punându-l între perne, nu sunt urmate de succes. Sugarul va sta bine când mușchii spatelui sunt suficient de dezvoltați și și-i poate controla. Nu se vor impune exerciții care-l obosesc sau irită!* (vezi "Gimnastica sugarului").

Când sugarul învață să șadă nu se poate menține într-o poziție stabilă decât câteva secunde, chiar dacă este plasat între perne. Când cade sau dă semne de oboseală va fi culcat în poziția preferată (pe o parte sau pe spate).

d) *Tracțiunea de pe spate în poziția pe șezut.* Dacă mama introduce un deget în mâna sugarului (după experiența noastră degetul mic pe care – fiind mai subțire – sugarul îl cuprinde mai bine), iar cu celelalte patru degete îl "asigură" ținându-le în jurul antebrațului deasupra pumnului, sugarul înalță capul și apoi întinde trunchiul și se ridică sprijinindu-se pe șezut, îndoaie genunchii și apoi întinde membrele inferioare și se pivotează pe "fundulеț". Nu i se poate da drumul pentru că ar putea cădea, dar își ține bine capul, îl întoarce în toate părțile, îl poziționează foarte bine în spațiu.

Unii, după ce au participat la ridicarea în șezut, tind să se ridice în picioare și acceptă cu greu ca din această poziție să fie readuși în decubit dorsal (culcat pe spate).

e) *Poziția ridicată ("în picioare").* Dacă mama sprijină pe sugar ținându-l de axile, acesta se sprijină nesigur la început pe vârful picioarelor, apoi, în jur de 6 luni se sprijină ceva mai bine cu picioarele îndepărtate, dar genunchii sunt încă în flexie (ușor și inegal îndoiți), întregul corp este în poziție simetrică (capul pe aceeași axă cu restul corpului) (fig. 3.13). Aceasta nu înseamnă că va merge în curând. Va mai trece încă mult timp până când va sta în picioare și va merge. Întâi trebuie să învețe să stea în șezut (mult și sigur) și să se obișnuiască să-și mențină trunchiul drept, înainte de a se încumeta să se ridice pe picioarele sale "șubrede". *Nu este cazul să fie încurajat să stea în picioare, înainte de a se ridica singur în picioare pe marginea patului.*

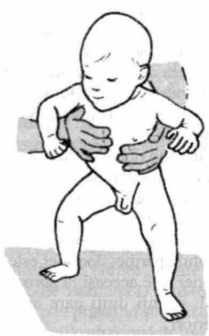


Fig. 3.13 – Susținut de axile, se sprijină cu picioarele îndepărtate.

Motricitatea fină. Apucarea cu mâinile devine din ce în ce mai abilă. Folosește întreaga mână ca un cârlig (fig. 3.14) cu întreaga suprafață palmară (tip palmar), dar treptat cu o opoziție parțială a policelui (degetul mare). Dacă i se dă o jucărioară în mână, o ține mai mult, o scutură cu energie, răzând zgomotos. Apucă bine un inel în mână. La începutul lunii, apucarea unui cub este precară; dacă i se pune cubul în mână îl ține între palmă și vârful degetelor; la sfârșitul lunii a VI-a și începutul celei de a VII-a luni, prinderea devine palmară; cubul este ținut în palmă cu degetele închise pe deasupra. Poate prinde câte o jucărioară sau câte un cubuleț în fiecare mână, iar dacă fac zgomot le poate ciocăni una de alta.

[1] Ulterior va mânca, așezat în acest scaun.

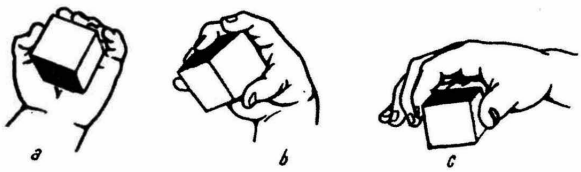


Fig. 3.14 – Evoluția funcției de apucare.
a) La 6 luni sugarul folosește întreaga palmă ca un căuș; b) la 8-9 luni apucă un cub între toate degetele cu opoziția degetului mare; c) la un an folosește pentru apucare degetul arătător și degetul mare ("pensa police-index").

Începe să participe cu tot corpul la apucarea unei jucării. Când râvnește la o jucărie o fixează mai întâi cu privirea, apoi deschide și închide alternativ degetele, ca și când ar prinde-o de la distanță, face mișcări de supt ca și când ar gusta-o, agită brațele, încearcă să se apropie de ea. Dacă este așezat pe burtă și i se pune un obiect strălucitor în față, la mică distanță de mână, încearcă să se deplaseze, avansează puțin pe burtă și, după mai multe încercări, reușește să apuce obiectul dorit. După succes se agită, tresaltă de bucurie, izbește cu putere gratiile patului sau ale țarcului, scoate țipete triumfale, își cheamă mama "pe limba lui", pentru a-i arăta cucerirea prețioasă. La început strânge bine jucăria, dar nu știe să-i dea drumul (de abia pe la 10 luni va ajunge la această performanță). Totuși, cum strânsoarea se slăbește puțin câte puțin, jucărioara cade. Atunci începe să țipe, decepționat, apoi își reia încercările.

Limbajul. Sugarul "povestește" și când este singur. Formează silabe din ce în ce mai numeroase: da, ee, dee, ghe-ghe, oo, goo; le unește în lanțuri și le pronunță ritmic (da-da-da, ge-ge). Ambii părinți sunt datori să-și găsească timp pentru a "dialoga" cu sugarul, repetând vocalele și silabele pe care acesta le pronunță. Cu fiecare săptămână vă dați seama că sunetele emise de sugar sunt tot mai variate, formează treptat un limbaj în care vă povestiți amândoi evenimentele fericite, decepțiile, modulând tonul vocii. Începeți să-i spuneți propoziții simple cu cuvinte cu 1-2 silabe: "ta-ta vi-ne", "ma-ma pa-pă", "pa-pa". Îl chemați cu prenumele său; *toată familia îl va chema cu același prenume.* Întrebați-l unde sunt frații, surorile, bunicii.

Contactul social. În curând va ști să deosebească persoanele pe care le vede zilnic de alte persoane străine. Acest lucru se remarcă după faptul că devine mai liniștit și întrerupe jocul când apare un străin în apropiere. Prezența gălăgioasă a acestuia îl deranjează și începe să plângă. În această ultimă eventualitate, părinții nu trebuie să se îngrijoreze, căci o astfel de reacție este un semn de dezvoltare absolut normală; diferențierea anturajului reprezintă o etapă în evoluția sugarului. Mama sau altă persoană bine cunoscută va rămâne în apropierea lui; simțind prezența familiei, sugarul se va liniști. *Nu i se va permite unei persoane străine să-l ia în brațe când copilul se teme.* De reținut că sugarul uită repede; dacă nu-și vede bunica timp de trei săptămâni, ea îi va fi străină, chiar dacă înainte de aceasta au locuit împreună.

Se bucură când își vede imaginea în oglindă. Deosebește tonul cald, drăgăstos de cel ferm, sever; înregistrează expresia feței mamei și reacționează la aceasta. Se întoarce spre sursa de zgomote și reacționează adecvat față de situații plăcute sau neplăcute.

Treptat, pe măsură ce se dezvoltă, începând din luna a șasea, sugarul capătă *conștiința de sine*, de mama sa, de ceilalți membri ai familiei.

În primele luni sugarul era probabil incapabil de a deosebi ceea ce era el și ceea ce nu era el. Puțin câte puțin, el învață să capete conștiința corpului său de care își dă seama mulțumită mângâierilor mamei, ceasurilor lungi petrecute la alăptat, la înfășat, la baie, la toate stimulările plăcute și neplăcute percepute prin pielea sa: i-a fost frig sau prea cald, a fost ud sau prea strâns înfășat etc. În același timp datorită percepțiilor sale vizuale, olfactive (de miros), auditive, cutanate (de pipăit, mângâiat, durere, rece, cald etc.), el a căpătat cunoștință de cei din jur, vă cunoaște și recunoaște fața, vocea, sânii, mâinile, brațele și mirosul corpului dumneavoastră; în același timp a dobândit conștiința gurii, mâinilor și picioarelor sale. Unele senzații mai

profunde[1] îl fac să perceapă poziția membrelor sale și, puțin câte puțin, integrând în fiecare zi mai bine aceste senzații, va fi capabil să facă din aceste senzații o sinteză și să se cunoască în ansamblu. Obiectele din imediata lui apropiere participă la această dobândire a conștiinței de ceea ce este el și de ceea ce nu este el; le vede, le pipăie, le apucă, le scapă, le regăsește, tot atâtea experiențe de sute de ori reînnoite care contribuie la această lentă cuprindere a lumii.

În această evoluție în cunoașterea de sine, dumneavoastră, ca mamă, sunteți figura mereu regăsită, vocea mereu auzită, elemente permanente care-i permit să accepte în chip fericit fiecare experiență și să-i dea astfel adevărata sa valoare. De aceea, mama trebuie să fie prezentă și să-i dea cât mai mult din timpul ei.

O etapă nouă începe aproape pe neașteptate, comunicările și schimburile se fac prin intermediul unui obiect: *jucăria*. Îi place ca să-i luați ursulețul (sau jucărioara) să i-l arătați, să i-l dați, să i-l luați din nou. Îi place ca mama sau tata să izbească într-o cutie de tablă. Astfel în jocul cu copilul, de acum înainte se va folosi un obiect care va servi de intermediar. Îi place cum de la această vârstă și pentru multă vreme, să repetați aceleași jocuri. Trebuie să aveți încă gesturi lente și calme căci sugarul se sperie de zgomote prea tari sau de mișcări prea bruște. Vor mai trece câteva săptămâni (între 8 și 10 luni) până când părinții vor reuși să recunoască ce jocuri preferă și care sunt jucăriile sau culorile care-i plac mai mult.

Auzul. Sugarul se întoarce spre sursa unui zgomot și deosebește calitățile sunetului. Zgomotele stridente îi declanșează nemulțumirea și chiar plânsul. Dimpotrivă, ascultă atent pe cele agreabile. Aude sunetele proprii și le repetă. Persoanele care vorbesc tare îl sperie.

Vederea. Urmărește persoane și obiecte. Privește orice în jur. Coordonarea mână-ochi este bună, atunci când privește obiectele pe care le ține în mână. Urmărește orice, în diferite planuri. Nu mai are strabism. Examenul se face în condițiile culcat pe spate și șezând.

Concluzii asupra dezvoltării neuromotorii. Această lună pare să fie de importanță deosebită. Poziția șezând devine mai stabilă, echilibrul se perfecționează în pozițiile culcat pe spate și pe o anumită parte. Schimbarea poziției lărgește orizontul copilului. Controlul capului este bun, rotația se îmbunătățește, iar prin aceasta și capacitatea de a-și perfecționa funcția motorie. Începe să prelucreze percepțiile vizuale, acustice și tactile care se edifică pe funcțiile motorii. Contactul cu mediul înconjurător crește. Rezultă că dezvoltarea psihică, maturarea simțurilor, contactul social, afectivitatea sunt dependente de calitatea și evoluția sistemului nervos și muscular. Părinții cu inițiere în probleme de creștere și dezvoltare a copilului, cu vocație de părinți și cu viață de familie armonioasă, echilibrată sunt cei care reușesc să depisteze cât mai de timpuriu și în toate amănuntele orice tulburare în starea de sănătate, în dezvoltarea și comportamentul sugarului.

La această vârstă, ajutorul părinților, îndeosebi al mamei, nu constă în a învăța pe sugar lucruri noi, ci în a-i crea cele mai bune condiții de mediu, de program "de viață".

Mama ajută dezvoltarea sugarului în măsura în care este prezentă și-i oferă cât mai mult din timpul său. În prezența mamei, orice schimb devine joc: dacă-l apucă de mâini sau de picioare, dacă-i vorbește, dacă-i repetă gânguritul și vocalizele. Mama trebuie să-i dea prilejul să se miște în voie, să-și folosească mușchii dacă-i face plăcere.

De acum înainte stimulii sociali trebuie lărgiți. Într-o familie se ivesc prilejuri deosebite pentru acest deziderat. Este obligatoriu ca tatăl să-și găsească timp pentru a fi în prezența sugarului, să se "întrețină" cu el, să-l "asiste" în timpul cât se joacă, să-l scoată la aer. În familiile în care mai sunt copii, mama va observa cu surpriză cum sugarul se bucură mai mult decât de orice de "societatea" celorlalți frați. Prin persoanele din preajma lui, sugarul capătă interes pentru societatea din jur.

Sugarii lăsați în pat tot timpul, fără să vorbească nimeni cu ei, se dezvoltă mai greu, cu toate că au o inteligență normală.

Supraveghere și îngrijiri

Organizarea zilei. Sugarul rămâne tot mai mult treaz; îi place să stea mereu câte cineva pe lângă el, se mișcă mai mult, îi place să fie dus cât mai mult la plimbare. Scoaterea afară se face după anotimp: vara, mai de dimineață și spre seară; iarna, spre prânz și la începutul după-amiezii. Plimbările sunt făcute nu numai în scopul de a "lua aer", dar și ca un mijloc de distracție și de liniștire, prin balansarea căruciorului,

[1] Din interiorul corpului.

mișcarea frunzelor din copaci, tabloul oferit de grădină și de stradă. Dacă timpul este favorabil, sugarul va fi ținut cât mai mult în parc; în acest caz i se va da să-și consume biberonul afară.

Baia devine un prilej de bucurie. Se prelungește la 5-10 minute și sugarul va fi lăsat să se bucure, să se agite. Când stă bine în șezut se poate juca cu o rățușcă sau cu un vaporaș.

Somnul. Se întâmplă ca sugarul să se trezească noaptea din somn. Aceasta poate fi numai o situație trecătoare, dar dacă se repetă frecvent și pe perioade lungi se va consulta medicul.

Nu vă sesizați dacă sugarul se trezește în timpul nopții, gângurește sau se mai mișcă prin pat. Dacă nu plânge și nu este nemulțumit va fi lăsat în pace.

Dacă se trezește și plânge așteptați puțin să vedeți dacă nu se răzgândește și adoarme din nou. În cazul în care nu încetează să plângă va fi schimbat și i se va da, eventual, să bea puțin ceai, va fi mângâiat și va fi culcat din nou în pat. Mulți sugari se mulțumesc cu o suzetă.

Unii sugari doresc să aibă "societate". Li se va pune de cu seara o jucărie în pat, în apropierea lor, pentru a o putea prinde când se trezesc noaptea. S-ar putea ca sugarul să se mulțumească să stea și singur, dar știind că-și poate trezi ușor părinții, preferă desigur societatea lor. Ca măsuri preventive sau de corectare a tulburărilor banale de somn vă indicăm următoarele:

a) Sugarul va fi scos zilnic afară. Plimbarea de după-amiază va fi mai lungă, pe un teren ușor accidentat (legănatul și trepidațiile căruciorului au un efect calmant), va fi făcută mai spre seară, când este mai răcoare.

b) Se va evita excesul de impresii seara (jocuri prelungite cu tatăl, bunicii sau frații mai mari; vizite în alte familii; musafiri în propria familie; televizor deschis etc.).

c) Masa de seară va fi mai consistentă și cu o cantitate mai mare de lichide.

d) Se va respecta același program în fiecare seară.

e) Baia generală se va face zilnic.

f) Îmbrăcămintea de noapte va fi comodă și nu prea călduroasă.

g) Se va evita supraîncălzirea camerei.

h) Dacă se trezește în cursul nopții va fi mângâiat, eventual i se va da biberonul, se verifică dacă nu-l jenează îmbrăcămintea, dar nu se va angaja vreo "convorbire" și nici nu va fi luat în brațe.

Patul. Când sugarul începe să se ridice în șezut coșul devine periculos. Salteaua va fi fixată la o înălțime care să evite căderea sugarului din pat. Nu se va lăsa niciodată marginea patului coborâtă. În timpul îngrijirii sugarului în pat, acesta va fi așezat totdeauna perpendicular pe latura mare a patului, ca să nu cadă din pat când se răsucește. Sârmele de la plasele marginilor patului vor fi controlate și reparate, pentru a nu-l zgâria pe sugar. Gratiile care s-au deplasat din dispozitivul unde sunt fixate se vor repara de urgență, pentru a se evita accidentele (fracturi, strangulare).

Se interzice fixarea sugarului cu hamuri în timpul nopții!

Țarcul. De la sfârșitul lunii a VI-a sugarul poate fi pus în țarc, bineînțeles nu pentru a merge. Sugarul simte nevoia să urmărească ce se petrece în jurul lui. Țarcul îi oferă posibilitatea să privească în toate părțile, să se miște în voie.

"Modulul" (premergătorul) se recomandă numai după ce sugarul se ridică singur pe marginea patului.

3.6. **De la 6 la 7 luni**

Sugarul arată mult mai matur. Stă singur în șezut și mișcă mânuțele în toate părțile. Multe din mișcări sunt încă neîndemânatice, dar – în general – sunt făcute cu un anumit scop. Se joacă cu poftă și se supără dacă este deranjat.

S-a obișnuit să mănânce bine, ritmul zilnic se desfășoară mai regulat.

Cel mai important progres este să-și capete control asupra propriilor mișcări. Uimește pe toată lumea cu energia și bucuria pe care o manifestă în legătură cu cea mai mică activitate. Este sensibil la mângâierile și laudele celor din jur. Își manifestă bucuria nu numai prin mimică, ci și vorbind pe "limba lui", strigând și chiuind de bucurie.

Alimentația

Alimentația naturală se menține pe cât posibil. După părerea noastră, dacă sugarul crește bine, se vor da 2-3 supturi (dimineața, seara și la încă una sau chiar două mese în cursul zilei).

a) Laptele degresat sau diluat se menține numai la sugarii problemă, sub controlul medicului și al asistentei de familie. La sugarii sănătoși se recomandă lapte de vacă nedegresat (integral). Se poate continua cu preparate de lapte "de durată" după nomenclatura germană, "de continuare" după nomenclatura franceză sau cu "formule" după nomenclatura americană: Humana 2, Milumil 2, Nutrilon plus, Nativa 2 etc. sau alt preparat comercial de lapte pulbere cu 3,4-4% grăsimi, fără sau cu adaosuri (glucoză, dextrin-maltoză, făinuri de cereale, vitamine). Se poate introduce o masă de lapte cu cereale (vezi tabelul 3.2, pag. 126 și fig. 3.8. C pag. 150).

b) Cantitatea de lapte în 24 de ore este de 400-600 ml. Sugarul care bea mult lapte crește în general bine în greutate, dar ca urmare a alimentației unilaterale pot apărea semne de carențe. Cu timpul, acești sugari devin anemici și receptivi la infecții. La sugarii hrăniți numai cu lapte de vacă, scaunele devin de culoare alb-fumurie ("chitoase"), cu miros urât[1].

Alimente consistente. La pireul de zarzavat, la care se mai pot adăuga de 4 ori pe săptămână carnea (mânzat, pasăre, ficat) fin tocată și de 2-3 ori pe săptămână un gălbenuș întreg de ou. În luna a VII-a este important ca sugarul să primească ficat, carne, gălbenuș de ou, pentru aportul de fier care-l ferește de anemie. În condiții normale, sugarul are la naștere depozite de fier suficiente pentru 3-5 luni. După aceea primește puțin fier din fructe și zarzavaturi. Acum rezervele sunt însă epuizate și este necesar aportul de fier, prin carne și gălbenuș de ou. Carnea de vită, de pasăre sau ficatul (găină, mânzat) se fierb și se toacă foarte mărunt sau se mixează. Se adaugă câte 3-5 linguriță la pireul de zarzavat, crescându-se apoi până la 6 și apoi la 6-8 linguriță. Nu se dă sugarului carne mai grasă (porc, rață, gâscă, grăsimea de la șuncă), deoarece aceasta se digeră mai greu. Dacă sugarul nu vrea să primească carne se renunță timp de câteva zile și se reia cu alt sortiment de carne sau cu ficat. Dacă un sugar refuză cu încăpățânare să primească pireul, carnea și gălbenușul de ou se va consulta medicul, pentru a recomanda tehnica adecvată pentru a "păcăli" pe sugar ca să primească aceste alimente foarte prețioase pentru combaterea anemiei. La nevoie se recurge la un medicament care conține fier sau cereale "fortificate" cu fier.

a) *Porțiile de mâncare consistentă* vor fi de 150-175 g la început, apoi vor crește la 200-220 g. Este mai bine să se înceapă cu porții mici, pe care sugarul le primește cu plăcere. Apa în care s-au fiert carnea și zarzavatul se dă la această vârstă.

Începând de la această vârstă, sugarii savurează masa și cu ochii. Mama va avea grijă ca mâncarea să fie frumos prezentată, cu gust plăcut, să fie servită dintr-o ceașcă totdeauna aceeași.

b) *Mișcările de masticație* apar la cei mai mulți sugari între 6 și 10 luni. Când sugarii încep să aibă mișcări de masticație se va încerca să li se ofere și alimente de consistență mai crescută. Zarzavaturile nu se mai trec prin sită, ci se încearcă să fie date zdrobite bine cu furculița. Mai târziu, zarzavaturile se toacă mărunt; în acest fel se ușurează trecerea spre o alimentație normală.

Este foarte important să se adauge alimente consistente de îndată ce sugarul este dispus să le primească, deoarece cei care continuă să fie hrăniți cu alimente pasate, deși ar putea să le mestece, vor ajunge să refuze vreme îndelungată tot ce nu este mixt sau trecut prin sită. Tot la această vârstă se permite autoalimentarea.

Unii încep să apuce singuri alimentele cu degetele, pentru a le suge și a le morfoli. Este un exercițiu excelent în vederea folosirii ulterioare a linguriței. Un copil căruia nu i se permite să mănânce cu degetele nu va avea niciodată dorința de a le folosi. La început își va murdări mâinile, fața, părul, obiectele din jur, dar se știe că orice început este greu. Pentru sugar este o nouă etapă în cucerirea mediului înconjurător și a independenței. I se poate da din când în când un biscuit sau o coajă de pâine, fără ca acestea să înlocuiască o masă. Scopul este să aibă ceva de rontăit, atunci când îi ies dinții. Când coaja de pâine se înmoaie sau îi cade jos se înlocuiește cu alta. Din când în când i se poate oferi puțină pâine cu unt.

La sfârșitul lunii a 7-a, sugarul va avea, în general, următorul meniu:

– *dimineața*: un biberon de lapte "de durată"; la țară lapte de vacă diluat (3/4 lapte + 1/4 apă) și la cei care tolerează sau progresează în greutate lapte integral;

[1] În mediul urban se vor folosi produse adaptate („formule"). La țară, la nevoie, se va folosi lapte de vacă 2/3 sau chiar 3/4 / 3 părți lapte + 1 parte apă, fierte împreună.

– *ora 10*: nimic sau fructe (mere, banane, piersici, caise, fructe de pădure);

– *la prânz*: pireu de zarzavat cu carne sau gălbenuș de ou îmbogățit cu 1/2 linguriță de ulei; piureul poate fi pregătit cu zeama în care a fiert carnea.

– *după-amiază*: - fie un produs de lapte "de durată" cu adaosuri ("Brei" cu fructe, cereale etc.);

– fie fructe strivite cu brânză de vaci și/sau cereale instant (biscuiți măcinați);

– fie se încearcă iaurt;

– *seara*: fie lapte "de durată" simplu, de dorit cu adaosuri de cereale (Brei).

Vezi tabelele 3.1, 3.2 și 3.3 (pag. 125, 126, 127).

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

Greutatea. Sugarul crește în medie cu 500 g pe lună, respectiv 100-125 g pe săptămână. Această cifră reprezintă numai jumătate din progresul greutății din cursul celei de a II-a sau a III-a luni. Această dezvoltare este absolut necesară și normală. Dacă un sugar ar continua să crească câte 800-1 000 g pe lună, ar cântări 125 kg la vârsta de 10 ani.

Dacă mama compară greutatea sugarului propriu cu cifrele indicate în cărți trebuie să aibă în vedere că tabelele redau valori medii, calculate din cifrele obținute de la foarte mulți copii. La unii sugari greutatea și curba ponderală nu corespund cu nici unul din aceste tabele. Este o mare greșeală de a se categorisi ca "distrofic" sau "anormal" un sugar care cântărește cu 400-500 g mai puțin decât scrie în cărți. Sugarii (și copiii mai mari) care se mișcă tot timpul nu se îngrașă. Este de preferat un copil "slab", dar care se zbenguie tot timpul, care are "carnea tare" și care se îmbolnăvește rareori, decât unul "gras" și "frumos", dar care se mișcă greu, iar la prima îmbolnăvire reacționează catastrofic!

Motricitatea generală. a) *Culcat pe spate*. Dacă mama așează un sugar vioi, sătul și sănătos culcat pe spate pe un plan perfect orizontal și dur (de preferat o masă), acesta se întoarce imediat pe o parte sau pe alta. Cei mai mulți reușesc cu ușurință să se întoarcă pe burtă.

Poate întinde ambele brațe, ridicând și capul, spre a semnaliza că vrea să fie ridicat; dacă este apucat de mâini se trage aproape sigur în sus. Nu mai există un model dominant de flexie sau de extensie.

b) *Culcat pe burtă*, sugarul ridică capul, își transferă centrul greutății și îndoaie membrele inferioare sub burtă cu intenția de a se ridica, dar cade înapoi. Repetă mereu această nouă achiziție. În această poziție se "învârtește" în jurul axului, se mișcă tot timpul și încearcă să se deplaseze când înainte când înapoi (uneori ca "racul"). Întinde un braț pentru a apuca un obiect. Intermitent întinde ambele brațe și se sprijină pe mâini cu articulația cotului întinsă. Poziția este simetrică. Bazinul este lipit de planul patului, membrele inferioare sunt în abducție (duse în afară) și ușor flectate (îndoite).

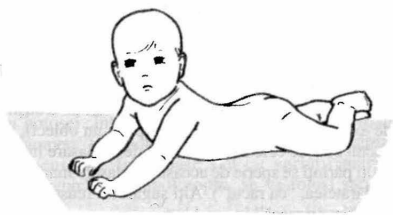


Fig. 3.15 – În luna a 7-a, culcat pe burtă; bazinul este lipit de planul patului.

c) *Poziția șezând*. Ridicat prin tracțiune în poziție șezând, sugarul a devenit mai stabil. Se poate sprijini în față.

Mai trebuie sprijinit când stă în șezut? Sugarul a învățat destul de bine să stea singur, dar preferă să fie sprijinit de la spate, dacă stă treaz mult timp. Pentru 1-2 ore poate fi așezat într-un scaun pentru copii, la început în unghi obtuz și apoi cu timpul, în unghi drept, unde are un sprijin suficient pentru spate și brațe, putându-se concentra în întregime asupra jocului.

Fig. 3.16 – Poziția șezândă este mai stabilă.

d) *Rotația, târârea, "mersul" de-a buşilea.* Am vrea să precizăm că în dezvoltarea motorie a sugarului trebuie diferențiate patru stadii: "târârea", "de-a buşilea", în "patru labe" şi "în picioare".

La dezvoltarea generală trebuie urmărite şi alte achiziții motorii: "rotația" sau "întoarcerea" (pe una din părțile laterale, pe ambele, de pe burtă pe spate, de pe spate pe burtă) şi "învârtirea", care este o rotație în jurul unui ax, sugarul pivotându-se pentru această mişcare pe unul sau pe ambele membre superioare. Cea mai mare parte a sugarilor nu sunt capabili de a adopta poziția în "patru labe" nici în luna a VII-a. Ei încearcă să se deplaseze prin rotație, prin târâre sau de-a buşilea (de exemplu pentru a ajunge să apuce un obiect), dar efectul este de cele mai multe ori de deplasare înapoi. Mulți părinți se sperie de această deplasare înapoi (de-a-ndăratelea, "ca racul"). Alți sugari nu reuşesc decât să se "învârtească" în jurul lor.

Sugarii sunt "fericiți" de această achiziție şi o repetă până la exasperarea şi îngrijorarea întregii familii.

Se observă o bună capacitate de extensie. Fie că este aşezat pe spate, fie pe burtă (mai ales), sugarul se întinde cu fiecare segment al corpului pentru a se deplasa înainte sau înapoi. Adesea, în cadrul tentativelor de deplasare, unii sugari reuşesc să se sprijine pe mâini (cu brațele întinse) şi să aducă membrele inferioare sub abdomen; este o tentativă de deplasare de la stadiul "de-a buşilea" la cel în "patru labe".

e) *Ridicarea în picioare susținut de axile.* Dacă mama apucă pe sugar de subsuoară şi-l ridică în picioare, acesta se sprijină pe vârful sau (mai rar) pe tălpile ambelor picioare, încearcă să preia eficient greutatea corporală şi, din această poziție, îndoaie şi întinde succesiv articulațiile membrelor inferioare (genunchi, şolduri, glezne). Sugarul reuşeşte să preia numai pentru scurt timp greutatea corpului. **Atragem atenția părinților de a nu lăsa fără sprijin pe sugar şi nici de a face exerciții pentru a forța perfecționarea acestei capacități neuromotorii. Sugarul nu va fi pus să se sprijine singur decât după ce încearcă şi reuşeşte singur să se apuce de plasa patului şi să se ridice în picioare.**

Motricitatea fină. Apucarea. Din orice poziție, sugarul încearcă să se mişte şi să-şi echilibreze trunchiul şi membrele (fără să reuşească decât rareori) pentru a apuca obiecte care sunt aşezate în apropierea şi la îndemâna sa. Îl tentează mai ales obiectele viu colorate. Apucă obiecte mai mari şi mai mici, dar predomină încă apucarea de tip palmar, pe care o face însă cu mişcări din ce în ce mai coordonate. Întinde mâna pentru apucare şi în afara razei lui de acțiune. Ochii par să doarească mai mult decât poate realiza din punct de vedere motor. Mâinile sunt deschise şi degetele pregătite pentru activitatea fină. Prinderea obiectelor este încă de tip cleşte-patent. După ce le apucă, sugarul le priveşte ("le cucereşte cu ochii"). Mâinile se unesc pe linia mediană. Se joacă cu mâinile şi picioarele. Pipăie obiectele şi învață să deosebească materiale ori suprafețe plăcute de cele dezagreabile. Reacțiile sunt de plăcere, se însoțesc de bucurie, uneori de chiote.

Limbajul. Sugarul pronunță primele silabe izolate ca: da-da, ta-ta, pa-pa, ma-ma. Emite sunete nuanțate. Imită, repetă şi modifică sunete, "povesteşte pe limba lui" multe şi cu plăcere.

Contactul social. Privirea începe să fie "grăitoare". Aceasta are semnificația stabilirii de contacte cu lumea din jur prin intermediul privirii. Se bucură când recunoaşte persoane; se bucură de imaginea lui din oglindă. Ascultă cu atenție şi reacționează adecvat la tonul unei voci (prietenoasă sau severă), adică prin bucurie sau disconfort.

La această vârstă, unii sugari devin timizi şi mai puțin prietenoşi. Nu înseamnă neapărat că le este teamă. Aceasta constituie un semn că sugarul începe să sesizeze deosebirea dintre persoanele apropiate şi cele străine, reacționând corespunzător. Zâmbeşte prietenos persoanelor pe care le cunoaşte bine. Față de străini este rezervat. Când este vorba de medicul sau de asistenta de ocrotire, care i-a făcut recent o injecție, plânge cu disperare.

Unii sugari par să nu treacă printr-o astfel de perioadă de timiditate, pe când la alții ea este izbitoare. Este bine să se respecte aceste sentimente. Copilul nu va fi obligat să se lase luat în brațe de străini, dacă el arată că nu îi face plăcere. Se va constata că va trece uşor peste această timiditate, dacă va veni în contact mai des cu persoane străine, de preferat cu un cerc restrâns şi la intervale scurte.

Timiditatea constituie o etapă în dezvoltarea copilului, reprezentând ceea ce s-ar putea numi "sociabilitate selectivă". Dacă este respectată şi nu i se dă proporții neobişnuite, este foarte puțin probabil ca sugarul să devină mai târziu un anxios.

Auzul. Se întoarce spre sursa zgomotului. Aude şi repetă sunetele proprii. Imită zgomote din afară.

Vederea și mișcările globilor oculari. Coordonarea mușchilor globilor oculari și coordonarea mână-ochi sunt bune. Sugarul privește îndelung un obiect și urmărește persoane. Rar se uită cruciș; câteodată îi mai "rămâne un ochi în urma celuilalt", când privește lateral.

În concluzie, în luna a VII-a continuă procesul de stabilizare și socializare. O mare parte din sugari stau bine pe șezut, dar mai sunt unii care "se clatină" sau "cad" după 1-2 minute, fiind încă nevoie de sprijin. Pentru 1-2 ore poate fi așezat într-un scaun pentru copii. Poate fi plasat pe șezut pe un fotoliu, în așa fel ca spatele să formeze cu membrele inferioare un unghi obtuz sau drept (vezi și "Gimnastica sugarului").

Prin progresele motorii, sugarul capătă noi capacități pentru cercetarea mediului înconjurător. Controlul mișcărilor și poziției capului este bun, se întoarce din ce în ce mai bine, de pe o parte pe alta; unii încep să se deplaseze de-a bușilea. Calitatea recepțiilor vizuale, tactile (pipăit) și auditive este integrală.

Supraveghere și îngrijiri

Somnul. Cei mai mulți sugari dorm acum noaptea fără întrerupere. Alții se trezesc, dar adorm singuri dacă sunt lăsați în pace cu jucăria lor. La această vârstă, un sugar mai doarme de 2-3 ori în cursul zilei. Numărul și durata perioadelor de somn din timpul zilei depind de structura sugarului, de starea de spirit și de agitația celor ce-l supraveghează, de programul general al familiei sau colectivității în care este îngrijit.

Din luna a VII-a, odată cu înmulțirea posibilităților de mișcare, mulți sugari își schimbă poziția și se dezvelesc în cursul nopții. Mai întâi trebuie să vă convingeți dacă sugarul nu este îmbrăcat prea călduros sau învelit prea gros. Pentru a nu-i fi prea cald, este bine să nu-l acoperiți de la început cu pătura mai călduroasă. Se va menține o temperatură cât mai constantă în cameră.

Dacă îmbrăcămintea de noapte îi acoperă și picioarele (sac de dormit, pantalonași cu botoșei) și în cameră este cald (peste 22°C) nu sunt motive de îngrijorare dacă sugarul se dezvelește.

În locuințele care se răcesc mult în cursul nopții (sub 17°C) este bine ca sugarul să fie îmbrăcat mai gros. La îmbrăcămintea obișnuită se poate adăuga un tricou sub cămașa de noapte sau o jachetică subțire pe deasupra. După părerea noastră, pentru copiii care se mișcă mult și se dezvelesc sunt mai bune pijamalele cu botoșei. Între coapse se pun scutece absorbante ("Pampers"). Chiloții din plastic favorizează opăreala. În locuințele friguroase sau cu variații mari de temperatură, în timpul nopții, se va folosi sacul de dormit.

Baia (generală sau la nevoie parțială) se face, în continuare, zilnic. Dacă se face cu îndemânare, cu calm, în apă cu temperatura de 36-37°C (temperatura corpului), într-o cameră încălzită la circa 22°C și fără curenți de aer, baia este o plăcere pentru sugari. Săpunirea și curățirea cu apă se fac în cadă, cu minuțiozitate peste tot și îndeosebi la cutele pielii. Sugarul va fi lăsat, dacă stă nesprijinit pe șezut, să se joace în apă cu o rățușcă sau cu o bărcuță de plastic. Baia nu trebuie să se prelungească peste 10-15 minute. Nu suntem de acord să se facă dușuri cu jet de apă puternic, care sperie pe unii sugari. Dacă unii părinți țin la aceste dușuri se recomandă să fie făcute cu ajutorul unei stropitoare, cu apă la temperatura cu care este obișnuit sugarul (36-37°C). Apa prea caldă sau prea rece sperie pe sugar și nu este lipsită de pericole: arsuri, răceli, stări de hipotermie (devin palizi sau vineți, își pierd echilibrul sau chiar conștiența).

3.7. **De la 7 la 8 luni**

Din această lună, datorită nevoii de mișcare și de cunoaștere, sugarul este expus la tot felul de accidente și intoxicații. Gura a devenit un organ de cunoaștere și tot ce-i cade la îndemână este dus la gură. Fiecare familie este datoare să ia de acum înainte toate măsurile de prevedere pentru a feri sugarul de primejdii. Sugarul și copilul mic nu pot fi învățați să nu pună mâna pe tot ce se află în apropierea lor. Sunt prea mici pentru a înțelege interdicțiile. Este mai simplu să se țină obiectele periculoase (ace, bile, grăunțe, fierul de călcat încins, nasturi) sau substanțele otrăvitoare (detergenți, insecticide, cosmetice, băuturi alcoolice, medicamente)

la distanță de ei. La prizele electrice se vor pune dispozitive de siguranță. Ușile de fier de la sobele de teracotă și sobele de fontă se vor "apăra" cu plăci de azbest, la marginile ascuțite de la elementii caloriferului se vor pune placaje de azbest, mobilierul se va reduce la minimum.

Dacă sugarul este așezat pe podea, el va fi tentat să se ridice în picioare. Se prinde de orice obiect întâlnit în apropiere. Când apucă de fusta mamei este mai puțin rău, dar dacă se agață de colțul feței de masă pe care se găsesc vase cu mâncăruri fierbinți, se poate opări.

Pe masa de înfășat sau pe patul adulților sugarul se rostogolește și poate să cadă, dacă nu este culcat perpendicular pe latura lungă a patului.

Alimentația

Nici în luna a 8-a nu sunt necesare modificări importante în alimentație. Va primi tot produsul de lapte pe care l-a primit în luna anterioară cum sunt Milupa 2, Humana 2, Nan, Nutrilon plus, Beba 2 sau "formule" ca Similac etc.

Dimineața sugarul va primi un biberon, de preferat cu lapte simplu sau, la cei cu greutate mai mică sau la "mofturoși", facultativ, cu adaosuri (făină de cereale sau cereale cu fructe – Milchbrei).

La ora 10 se dau fructe strivite sau nu se dă nimic.

La prânz va primi pireu de zarzavat (în general de cartofi și morcovi cu unt sau ulei) și cu carne sau gălbenuș de ou. Dacă nu aveți siguranța prospețimii oului dați carne în fiecare zi. În funcție de anotimp și de modul cum primește sugarul pireul poate fi mai variat. Pe lângă cartofi și morcovi se pot adăuga: dovlecei, conopidă, fasole verde, mazăre verde, gulii etc. În multe cărți se recomandă ca pireul să fie dat în fragmente mai mari (sfărâmat cu furculița). În practică, însă, cea mai mare parte a sugarilor nu "știu" să mestece și primesc numai zarzavatul mixat sau trecut prin sită. La sfârșitul mesei se va încerca dacă sugarul nu dorește și puțin suc de fructe sau apă simplă.

Gustarea de după-amiază, în principiu, ar trebui să fie constituită dintr-un amestec de fructe strivite (sau la nevoie pasate fin) cu cereale-instant. Brânza de vaci intrată în tradiția culinară a sugarului la noi în țară nu este absolut necesară.

La sugarii care primesc însă la ora 10 fructe, la masa de după-amiază se va da iaurt cu sau fără cereale (sau biscuiți "mărunțiți"), iar dacă se dau fructe, la acestea se poate adăuga brânză de vaci preparată în casă și biscuiți.

Seara, biberonul de lapte poate fi îmbogățit cu făină de cereale și/sau fructe ("Brei") sau se alege un produs din comerț de lapte cu adaosuri (mere, banane, cereale, fructe tropicale etc.) de la firme ca Hipp, Nestlé, Milupa etc.

Rația de lapte este în jur de 400-600 ml în 24 de ore.

Dacă sugarul vrea să țină sau să atingă biberonul în timp ce bea, va fi ajutat s-o facă. Poate fi luat în brațe sau, dacă preferă, poate fi lăsat să bea singur, stând culcat sau șezând. Atunci când sugarul încearcă să bea singur din biberon, mama va sta lângă el, ajutându-l să aibă o poziție cât mai stabilă (cea mai plăcută și mai comodă poziție când este ținut în brațe); va sprijini și va înclina biberonul pentru ca sugarul să nu înghită aer. Mulți sugari acceptă de la această vârstă să bea din ceașcă. În familiile înstărite, procurarea unui scaun înalt prevăzut pentru alimentația sugarului și copilului este de mare folos.

• *Albușul de ou* poate pricinui o "alergie" (erupții ale pielii, scaune moi și urât mirositoare, agitație etc.) la sugarii care au această tendință. La sugarii care nu au prezentat nici un episod de erupții ale pielii în trecut se va introduce albușul înglobat în "zdrențe de ouă" în supă. În lunile următoare, albușul folosește la prepararea unor creme, papanași, găluști, budinci, perișoare.

La această vârstă numai gălbenușul este un element nutritiv esențial pentru conținutul său în fier, vitamine, proteine și grăsimi cu valoare biologică mare.

• *Fructe conservate*. Dacă familia are fructe congelate sau conservate în casă (fructe "proaspete", compot de mere, compot de gutui, pastă de mere, pastă de măceșe, gem de caise) se pot da strivite și omogenizate cu o lingură de lemn. De asemenea, se pot da fructe proaspete fierte, strivite și, la nevoie, îndulcite cu sirop de zahăr. Eventual se amestecă cu pesmet de pâine, cu biscuiți opăriți și bine sfărâmați sau cu cereale instant, adăugându-se și brânză de vaci preparată în casă.

• *Scaunele de fructe și zarzavaturi*. Reamintim că în cazul alimentației cu fructe sau zarzavaturi, scaunele conțin celuloză nedigerată, având culoarea și aspectul modificate față de scaunele de lapte. Multe mame se neliniștesc, bănuind că sugarul nu poate mistui unele alimente sau că fructele sau zarzavaturile respective ar fi fără valoare, fiind nedigerabile. Trebuie să se știe că organismul reține și utilizează toate substanțele cu

valoare biologică (vitamine, săruri minerale, glucide, proteine).

După ce se introduc mai multe fructe şi zarzavaturi, numărul de scaune poate să crească şi să apară un eritem fesier. Nu este un motiv de alarmă, dacă scaunele sunt consistente şi nu sunt în număr mai mare de 3 în 24 de ore.

• *Celuloza* este importantă pentru sănătatea copiilor. Experimental s-a dovedit că păsările sau animalele care primeau o hrană conţinând toate principiile alimentare de bază (proteine, glucide, grăsimi) şi accesoriile necesare (săruri minerale, vitamine, lichide) prezentau deficienţe mari în creştere. Simplul adaos de celuloză fin divizată determină restabilirea curbei ponderale şi revenirea la un aspect normal al păsărilor sau animalelor de experienţă.

minant în meniul zilnic al sugarului. Cel puţin două mese (dimineaţa şi seara) trebuie să fie de lapte (complet, cu sau fără adaosuri). Numai la recomandarea medicului se poate renunţa la mesele de lapte.

Dezvoltarea fizică şi psihomotorie

• *Greutatea.* Sugarul creşte cu 400-500 g. Greutatea medie este la băieţi de 8 000-8 500 g, iar la fete 7 800-8 000 g. Lungimea medie: băieţi = 69 cm, fete = 67 cm. Perimetrul cranian = 43-44 cm.

• *Motricitatea generală.* a) *Culcat pe spate*, sugarul nu mai rămâne în această poziţie, ci se întoarce pe ambele părţi şi se poate rostogoli.

b) *Aşezat pe burtă*, îşi controlează bine capul, îşi întinde bine braţele, trunchiul şi membrele inferioare. Din poziţia "pe burtă", sugarul trece în poziţia de "mers

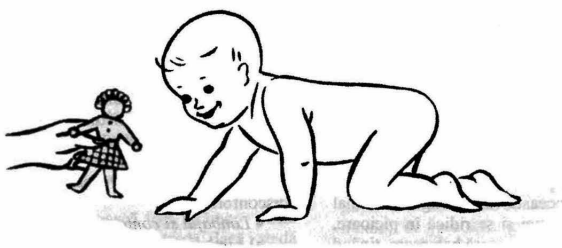


Fig. 3.17 – La 8 luni unii sugari încep să meargă în patru labe.

Celuloza şi alte materii similare poartă numele de "substanţe de lest" sau mai recent de "fibre vegetale", constituind o componentă obligatorie într-o alimentaţie corectă. Celuloza îndeplineşte şi alte funcţii în digestie. Printre altele constituie un mijloc eficient împotriva constipaţiei.

• În ultimul trimestru al primului an de viaţă, oul şi carnea sunt principalii furnizori de fier, care contribuie la formarea globulelor roşii, aşa că sugarii, care nu le primesc din diferite motive, devin anemici.

Fructele, zarzavaturile şi cerealele conţin fier în cantitate mică.

Revenim cu recomandarea de a nu se uita că în primul an de viaţă, alimentul care corespunde nevoilor biologice (digestie, metabolism, excreţie, creştere) este laptele, care trebuie să rămână permanent şi predo-

în patru labe" (fig. 3.17), la început încă nesigur înaintând numai "de-a buşilea". Unii se învârtesc încă în jurul propriului ax, iar alţii se deplasează de-a-ndăratelea.

De subliniat că unii sugari sar peste etapele mersului "de-a buşilea" şi în "patru labe", învăţând să se ridice direct în picioare în jurul vârstei de 1 an!

c) *Poziţia şezând.* Sugarul se ţine bine pe şezut, fără nici un sprijin, dar nu poate încă să treacă din poziţia culcat în aceea de aşezat; nu va reuşi această performanţă între 8 şi 10 luni.

Fig. 3.18 – a, b – Cei mai mulți sugari stau la această vârstă foarte sigur în șezut și se întorc în toate părțile pentru a apuca diferite obiecte.

Puteți să-i procurați un scaun înalt, pe care îl fixați cu un prosop trecut ca o chingă în jurul corpului pentru a-l susține. Instalați-l, de asemenea, într-un fotoliu mare; el va fi încântat de această favoare și va putea să asiste la activitățile familiei.

Când este așezat pe un plan perfect orizontal (masă de înfășat, podea, țarc), el ține spatele drept și are un control bun al trunchiului și capului. Se mișcă în jurul axului propriu. Mișcările sunt bine coordonate.

d) *Ridicarea în picioare.* Numai o mică parte din sugari apucă de gratiile patului și se ridică singuri în picioare. În schimb, la această vârstă, sugarul normal se prinde de mâinile mamei și se ridică în picioare, apoi stă în această poziție, cu ușoară balansare, ținând degetele de la picioare îndoite ca și când ar vrea să apuce cearceaful. Deoarece în această poziție nu are un echilibru stabil, mama îl apucă de axile și atunci sugarul pășește, nesigur, cu bază mare de susținere, uneori deplasând înainte același picior. Reflexul de apucare al tălpilor se menține.

• *Motricitatea fină. Apucarea.* Apucă cu tot mai multă ușurință: "se năpustește" cu mâna cu mai multă precizie asupra unui obiect dorit și îl prinde între palmă și degetul mare (mai rar cel mic). Un nou progres important: apucă obiectul cu degetele, îl trece dintr-o mână în alta și-l "cuprinde" cu privirea! Când apucă un cub, îl ține în așa fel încât mai poate apuca unul (apucă două cuburi într-o mână!). Se întinde să apuce toate jucăriile din jurul lui. Le urmărește cu privirea dacă au căzut. Dă drumul intenționat la obiecte. Se joacă la masă cu obiecte de diferite dimensiuni și încearcă să constate ce se întâmplă dacă le mișcă sau le aruncă. Dacă aruncă un obiect pe dușumea și mama îl ridică, repetă operațiunea de atâtea ori până când mama renunță la joc.

Din orice poziție stabilă (culcat pe spate sau pe burtă, șezând) întinde mâna pentru aruncarea obiectelor. Încearcă să ajungă la obiecte în afara sferei lui de acțiune. Mâinile sunt "deschise" și degetele pregătite pentru activitatea motorie mai fină. Mâinile se întâlnesc pe linia mediană; se joacă cu mâinile și picioarele. Pipăie și atinge obiecte; învață să cunoască diferite materiale, să deosebească suprafețe plăcute și dezagreabile, față de care reacționează prin plăcere sau disconfort.

• *Limbajul și contactul social*

a) *Limbajul.* Pronunță primele bisilabe, ca: "tata", "dada", "mama", "papa". Imită propriile sunete emise și pe cele pe care le aude. "Povestește" mult și cu plăcere. La aceste silabisiri se amestecă accente de triumf, nerăbdare sau chiar de mânie. Primul cuvânt "cu adresă" nu este departe. Bate din palme și/sau se joacă de-a "cucu-bau".

b) *Contactul social.* Se amplifică contactul cu mediul înconjurător prin intermediul: privirii, zâmbetului, emiterii de sunete cu coloratură afectivă.

• *Comportamentul emoțional.* Sugarul își alege persoana cu care vrea să comunice. Mama nu mai este singura persoană de referință. Reacționează la interdicții sau la aprecieri afirmative. Încearcă să provoace situații pe care le dorește, prin manevre tactice abile. Descoperă slăbiciunile părinților. Este curios și îi face plăcere să facă descoperiri. Este fericit când i se oferă o mână de ajutor în realizarea dorințelor.

Teama de persoane străine. În această lună se mențin reacțiile de negativism față de străini. Nu este

admis de toți pediatrii și psihologii dacă această reacție reprezintă o anumită etapă în procesul de dezvoltare psihică sau dacă nu este o particularitate a unora din copii.

Părinții observă că sugarul devine rezervat, suspicios, timid cu străinii; le privește fața, apoi se uită la ai săi ca și când ar vrea să se asigure că fețele familiare lui sunt prezente. Dacă un străin vrea să se apropie prea mult de copil acesta se sperie, întoarce capul, se ghemuiește în brațele mamei sau ale tatălui. Părinții observă că în aceste luni sugarul acceptă cu greu fețele severe, triste și mai ales zgomotoase. Nu trebuie dus la petreceri cu persoane multe; vederea de fețe noi poate fi cauză de neliniște. Teama de persoane străine se manifestă mai zgomotos când se combină cu împrejurări în care mama absentează (este lăsat singur într-o cameră cu o persoană complet străină sau mama dispare într-un magazin și un străin se apropie de căruciorul lui și-i vorbește). Se pare că sugarul nu este șocat de persoana străină în sine, ci de ceea ce aceasta face. Astfel, va zâmbi și "vorbi" cu un străin atâta timp cât acesta păstrează distanța cuvenită[1]; dacă îl atinge, protestează. Această reacție este pe deplin justificată. Și un adult ar fi șocat dacă un străin i-ar sări de gât! Înainte de a accepta dovezi de simpatie de ordin fizic, dorim să cunoaștem cât de cât o persoană.

Dacă este lăsat să privească fețe străine – peste umărul mamei – în autobuz sau pe stradă; dacă i se dă prilejul să se joace "cucu" pe lângă fusta mamei; dacă i se permite să se apropie singur de persoane străine care-l atrag (curiozitatea fiind mai tare decât teama), copilul va ajunge să se împrietenească mai ușor cu străinii. Astfel se exersează contactul social, util pentru copilul mic, care va deveni încrezător și va manifesta interes pentru "fețe noi".

• *Auzul și localizarea sunetelor.* Ascultă zgomote și se întoarce spre sursa sonoră. La zgomote neplăcute reacționează cu disconfort.

• *Vederea și mișcarea globilor oculari.* Coordonarea mișcărilor globilor oculari este bună. Urmărește în toate planurile. Majoritatea nu se mai uită "cruciș".

• *Cum poate percepe timpul?* Este dificil să pricepem cum copilul prinde noțiunea de timp, dar este foarte probabil că o realizează prin derularea celor 24 de ore, prin alternanța zi-noapte, veghe-somn, zgomot-tăcere, foame-sațietate, activitate-repaus; se creează modele de ritmuri percepute atât prin senzații interioare, cât și prin excitații exterioare. Astfel, de îndată ce a trecut de șase-șapte luni, copilul "simte" că dimineața sau seara este "ora" mesei, a plimbării sau a reîntoarcerii tatălui său. Timpul copilului se construiește cu atât mai bine cu cât mama știe să se adapteze ritmului său interior (de exemplu, dorința de hrană) la orarul său exterior (venirea mesei) și că această coincidență este fericită.

• *Cum se construiește spațiul?* Pentru copil spațiul pare să se elaboreze pornind de la senzația și perceperea corpului, care permit să separe ceea ce este el de ceea ce nu este el; mai întâi mama lui, apoi celelalte ființe apropiate, obiectele, pătuțul, camera. Și la acest punct mama este cea care, prin prezența ei, îi dă copilului nu numai limitele personale, dar îl învață să cunoască și lumea. Spațiul copilului se construiește în raport cu mama pe care o vede și o aude cum se deplasează, îi vede fața de aproape și de departe, îi aude vocea îndepărtată și apropiată, o pierde și o regăsește mereu. În timp ce este plimbat cu căruciorul descoperă animalele, străzile, automobilele, casele. Puneți-i la îndemână jucării, obiecte mici pe care el le apucă, le pierde, le regăsește împreună cu dvs. și astfel puțin câte puțin își dă seama de contururile, de consistența (tare-moale), de greutatea (greu-ușor), apoi de culoarea lor și, în câteva luni, va putea să le dea un nume.

Mama nu trebuie să creadă că are un rol de "învățătoare". Cunoașterea de sine, a lumii însuflețite și neînsuflețite va surveni la copil pentru că mama l-a hrănit, l-a mângâiat, l-a schimbat, i-a vorbit și s-a jucat cu el. Această cunoaștere trece pe căi foarte profunde, mult mai apropiate de instinct decât de rațiune.

Supraveghere și îngrijiri

• *Scaunele.* Din cauza maturării sale și a alimentației mai variate, scaunele sugarului sunt mai bine formate, mai rare (1-2 pe zi) și survin la ore aproape regulate. În plus, el începe să devină conștient de momentul în care intestinul său funcționează: încetează să se joace, se "concentrează", se face roșu la față, se screme, se contractă, apoi se ușurează. Uneori, scoate un chiot când a avut un scaun. Cei din jur cred că "nu-i place să fie murdar"; este numai felul său de a-și anunța mama că pentru el s-a produs acest mic eveniment. Va fi schimbat, dar fără grabă. Voind cu orice preț să i se

[1] Se acceptă existența unui "perimetru tabu" cu raza de aproximativ 80 cm, în care sunt lăsate să pătrundă doar persoanele apropiate.

înlăture scutecul sau chiloții murdari, i se va da impresia că a avea un scaun este o treabă care o dezgustă pe mama sa. Cuvântul românesc "dezmierdare" are la origine cuvântul latinesc care însemna ștergerea copilului de materiile fecale ("merda"). Departe de a-i favoriza educația curățeniei, mama nu va face decât să i-o întârzie. La sugarii la care se folosesc chiloții absorbanți ("Pampers") nu se constată astfel de reacții.

• *Somnul.* În condițiile unui progres normal, sugarul se culcă în jur de ora 20 și se scoală după 10-12 ore. În cursul zilei mai doarme o dată la prânz, timp de 1 ½ - 2 ore, eventual și în cursul după-amiezii.

După masa de seară, copilul va fi pregătit de culcare. Nu suntem de părere ca după masă familia să înceapă să se joace cu copilul mai mic de 3 ani. Jocurile agitate, excesul de impresii duc la tulburări de somn.

Revenim cu indicația ca tatăl să fie prezent în familie în timpul îmbăierii, mesei de seară și al culcării. Copilul trebuie să simtă zilnic comunitatea mamă-copil-tată.

• *Încălțămintea.* Înainte de 11-12 luni copilul nu are nevoie de încălțăminte, care nu este utilă nici pentru sprijinul picioarelor și nici pentru învățarea mersului. Dacă umblă mereu pe o suprafață plană caldă, fără asperități, nu are nevoie deloc de încălțăminte.

• *Legănatul* (mișcări de calmare?). La unii sugari se întâlnește obiceiul de a se legăna sau de a-și lovi capul de pereții patului. Este una din mișcările ritmice ("mișcările calmante"), care se observă la mulți copii înainte de a adormi, când sunt obosiți sau când se plictisesc.

Pentru înlăturarea cauzei, părinții vor verifica dacă sugarul sau copilul mic are o ocupație suficient de interesantă în cursul zilei, dacă i s-a satisfăcut nevoia de "societate", de mișcare și dacă este suficient de obosit.

S-au observat aceste manifestări la sugari care au fost ținuți multă vreme în coș, în paturi cu margini fără vizibilitate, făcute din scânduri compacte (carență de spațiu), ca și la cei care stau multă vreme în casă (carență de mișcare), sunt lăsați singuri (carență de "societate" și de dragoste), sau în familie există o stare de anxietate, suprafrigrijire a copilului. Scoaterea copilului cât mai mult afară, o plimbare mai prelungită înainte de masa și culcarea de seară, jocuri liniștite, îmbăierea zilnică și o atmosferă de calm în familie sunt unele dintre remediile recomandate. Dacă mama are talent, îl liniștește și-l adoarme printr-un cântec.

Dacă sugarul va continua să-și lovească capul de pereții patului, se vor confecționa perniță de protecție, pentru a evita apariția vânătăilor și rănirile.

3.8. **De la 8 la 9 luni**

Și în această lună se observă o serie de schimbări la sugar. Devine mai activ, se târăște în toate părțile, încearcă să se agațe de marginile patului sau țarcului și cercetează lumea din jur. Orizontul lui s-a lărgit mult. Învață să mestece alimentele. Toate acestea modifică unele dintre obiceiurile sugarului. Uneori este neliniștit și nerăbdător fără motiv. S-ar putea să dorească să facă un lucru pentru care nu este încă apt. De exemplu, încearcă să stea în picioare, să-și folosească mâinile într-un scop anumit sau să pronunțe "cuvinte noi". Dacă reușește, în câteva zile se va liniști. La deschiderea ușii face semne că vrea să fie dus afară. Recunoaște pregătiri ce se fac pentru plimbare și se bucură zgomotos.

Alimentația

• Laptele rămâne alimentul de bază în meniul zilnic. La orașe se folosesc preparate de lapte praf: lăpturi parțial-adaptate sau de continuare folosite în luna anterioară sau lapte praf "clasic" cu 26% grăsimi.

Dimineața se va da laptele fără adaosuri, iar seara se vor încerca lăpturile cu adaosuri ("Brei") care sunt fie cereale, fie fructe, fie zarzavaturi (vezi tabelul 3.2, pag. 126).

Laptele de vacă se dă integral; în caz că se introduce de abia acum, la început se va da diluat (3/4 lapte și 1/4 apă). Reamintim că laptele de vacă se dă în mod obișnuit cu adaosuri. Într-o cratiță se pune o cantitate mică de apă rece, la care se adaugă făină de cereale instant și se amestecă bine având grijă să nu se formeze cocoloașe, se adaugă laptele integral (sau diluat cu 1/4 apă) și se pune totul la fiert la un foc moale. Spre sfârșitul fierberii se adaugă zahărul (10 linguriițe rase la 1 000 ml). După răcire se amestecă uleiul cu un tel sau o linguriță timp de o jumătate de minut pentru că acizii grași esențiali să fie mai bine folosiți. Uleiul nu se fierbe. Amestecul realizat se porționează în biberoane curate și se păstrează într-un frigider, dacă este posibil într-o baie cu cuburi de gheață.

La sugarii constipați zahărul se poate înlocui cu lactoză.

Masa de la ora 10 nu mai este necesară la majoritatea sugarilor după vârsta de 8-9 luni. La cei care doresc se vor da alimente mai puțin bogate în calorii (fructe, sucuri).

La masa de prânz se dă pireu de zarzavat, în general de cartofi și/sau morcovi. Pireul va fi îmbogățit cu unt sau ulei de floarea-soarelui. Se începarcă să se dea pireu sfărâmat cu furculița. Este absolut necesar ca la această masă să se dea proteine de origine animală (altele decât laptele), cum sunt: carnea de mânzat sau vițel (carnea roșie are mai mult fier), ficatul (pasăre, vițel), peștele slab, creierul, gălbenușul de ou. La sfârșit se va da zeamă de compot, de fructe sau apă fiartă și răcită.

La gustarea de după-amiază se pot da mere rase, banane cu sau fără biscuiți și eventual, cu brânză de vaci, iaurt sau chiar un biberon de lapte.

Seara se dă lapte cu adaos de făină de cereale, de fructe sau de legume. În loc de cereale se încearcă grișul, fulgi de porumb, de ovăz sau de tapioca. La sugarii care refuză laptele se va încerca o budincă sau papanași fierți cu brânză de vaci. Se poate completa cu fructe proaspete sau chiar din compot (sfărâmate și omogenizate).

Va fi lăsat să ia micul dejun și gustarea cu biberonul pe genunchii mamei sau plasat într-un scaun înalt.

Străduiți-vă ca din timp să-i dați să mănânce la un loc cu ceilalți frați. Va mânca mai bine și va trece mai repede la alimente noi, mai consistente. Puteți să lăsați să ducă pireul la gură cu degetele, să-i dați să bea din ceașcă, să-i dați o bucată mică de pâine, de măr, un biscuit pe care să le morfolească singur. Fiți foarte atentă pentru că s-ar putea să se sufoce cu o bucată mai mare. Hrana luată singur îl va face mai "binevoitor" cu alimentele și îi va permite mai curând să mestece și să se hrănească singur. Foarte des, înaintea unui aliment nou prin aspectul, culoarea sau consistența sa, sugarul mare întoarce capul și zice "nu, nu, nu". Nu credeți că nu-i place; este numai un mod de a-și exprima mirarea. Nu-l dojeniți și, în nici un caz, nu-l forțați!

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

• *Creșterea în greutate* este tot mai înceată. Între 8 și 12 luni creșterea săptămânală este de 60-85 g, rezultând o medie lunară de 250-300 g. Este suficientă o cântărire bilunară sau chiar lunară. Cântarele noastre pentru sugari înregistrează greutatea până la maximum 9 kg. Curba greutății sugarului nu se potrivește totdeauna cu curba din diagramele cu creștere medie a "sugarului normal". O cifră cu câteva sute de grame mai puțin decât "cifra normală", la un sugar mare, nu trebuie categorisită ca "distrofie" sau "malnutriție". Greutatea sugarului este un parametru care trebuie apreciat în contextul altor criterii de apreciere a stării de sănătate: lungime, îmbolnăviri, dezvoltarea psihomotorie, contact social, comportament emoțional etc.

• *Creșterea în lungime* între 6 și 12 luni este de 6-10 cm. Măsurarea lungimii sugarului se va face și cu ajutorul medicului sau asistentei de ocrotire, deoarece imobilizarea și întinderea sugarului pe o masă ca și utilizarea panglicii metrice implică de multe ori erori de tehnică și interpretare.

• *Sugarii cu greutate prea mare.* Unii sugari au tendința de a se îngrășa excesiv, cu mult peste "media" scrisă în diferite cărți. Nu se poate vorbi despre obezitate dacă un sugar este rotunjor, dar cu lungime mai mare, cu "tonus" muscular bun, armonic conformat. Cei mai mulți arată așa în primul an de viață; apoi "slăbesc" și se lungesc când încep să se miște mai mult. Greutatea sugarului nu depinde numai de vârstă, ci și de tipul constituțional, de lungime și de alimentație (cantitate, calitate). Ca și adultul, și copilul mai mare, sugarul nu trebuie să fie prea gras. Grăsimea nu conferă o stare de sănătate mai bună; dimpotrivă, sugarii grași, păstoși se îmbolnăvesc mai ușor, au o rezistență mai scăzută la infecții și fac forme mai grave de boli.

Cei mai mulți oameni (adulți și copii) au un plus de greutate pentru că mănâncă mai mult decât necesită organismul. Dacă toți membrii unei familii sunt obezi, aceasta se datorește de cele mai multe ori unor obiceiuri culinare greșite, unui aport excesiv de calorii. Dacă un sugar are un plus de greutate, medicul este singurul care decide dacă trebuie să slăbească puțin, dând indicații amănunțite de regim. Mama nu va pune un copil la "cură" de slăbire din proprie inițiativă. La astfel de sugari se vor evita făinoasele, dulciurile, untul, sarea. Gustările vor fi constituite din fructe.

• *Motricitatea generală.* În această lună, sugarul poate umbla "în patru labe", stă în șezut, se culcă singur și se ridică fără dificultate. Uneori reușește să se ridice în picioare dacă se poate apuca de ceva, de exemplu de gratiile patului. Nu reușește însă să stea în picioare nesprijinit; dacă-și dă drumul de mânuțe cade. În mod obișnuit, trebuie să se țină bine cu ambele mâini pentru a-și menține echilibrul. Unii copii, după ce stau puțin în picioare, încep să plângă. Aceștia au învățat să se

ridice, dar nu știu încă să se așeze singuri. Dacă sunt ajutați să se așeze, sunt mulțumiți, apoi încep jocul de la capăt.

• *Motricitatea fină.* Copilul învață mișcarea de opoziție a policelui (degetului mare). Reușește astfel să apuce obiectele între police și celelalte degete. Această achiziție este la baza multor acțiuni.

Toată familia va deveni ordonată în această perioadă, îndepărtând din jurul copilului toate obiectele mici (nasturi, bile, bomboane), pe care le-ar putea introduce în gură, riscând să se "înece" (să se sufoce).

Pentru a atinge unele obiecte, poate folosi degetul arătător; curând va învăța să arate cu el ceva. Capacitatea de a folosi separat degetele și de a armoniza mișcările lor reprezintă un progres apreciabil față de perioada în care își mișcă pumnii strânși, fără nici un scop. Din orice poziție se află în echilibru, întinde mâna pentru a apuca obiecte, inclusiv în afara sferei lui de acțiune. Privește obiectele pe care le are în mână. Se joacă cu mâinile, picioarele și întregul său corp.

• *Limbajul.* Ca și în luna precedentă pronunță "mama" și bisilabe și imită sunete pe care le aude sau le pronunță și singur. Începe să vorbească șoptit, își modulează vocea. În general, însă, vorbirea la această vârstă este fără adresă.

• *Contactul social și comportamentul emoțional.* Sugarul zâmbește și privește prietenos. Înțelege întrebări simple: "unde este mama?" și privește în direcția respectivă. Străinii sunt priviți cu rezervă. Orice intervenție în dorințele lui declanșează proteste. Nu-i place să fie atins de unele persoane străine. Își exprimă dorințele clar și categoric. Reacționează la interdicții ("nu!") și aprobări ("da!"). Și-a stabilit tactica proprie și a învățat să descopere punctele slabe ale adulților.

Supraveghere și îngrijiri

• *Somnul* devine tot mai bine organizat. Normal, somnul nocturn durează 10-12 ore fără întrerupere. Sugarul nu se mai trezește mai devreme decât restul familiei. Adoarme relativ repede, dar uneori se dezvelește imediat după ce a adormit. Va fi îmbrăcat cu o pijama cu botoșei. La această vârstă se mișcă mult în pat, astfel încât se poate încurca în pături și cearșafuri. De aceea nu i se va pune decât un singur cearșaf pe dedesubt (cearșafurile-husă sunt cele mai practice pentru că rămân întinse tot timpul) și va fi acoperit cu o singură pătură.

La trezirea din somn, sugarul este vesel și activ. Când se trezește, mama îl ia în brațe, îi vorbește, îi arată cât este de mulțumită că l-a regăsit, apoi îl schimbă și-i dă să mănânce. Aceste "reîntâlniri" matinale vesele, la trezirea sugarului mare și copilului mic reprezintă un mod sigur de a evita dificultățile de a adormi, care pot surveni mai târziu; dacă este asigurat că la trezire își vede mama, nu-i va mai fi teamă. În timpul zilei, perioadele de somn devin mai scurte. Unii copii mai dorm de 3 ori în cursul zilei, alții o singură dată, dar mai prelungit.

• *Probleme de profilaxie*: a) La 9 luni vitamina D se poate administra pe gură (200 000 u. i.). La cei care primesc vitamina D în administrări zilnice, se continuă profilaxia, dozele fiind fixate de medic. b) La noi în țară, se obișnuiește ca între 9 luni și 15 luni să se administreze vaccinul antirujeolic, în timp ce în alte țări, vaccinul antirujeolic (simplu sau asociat cu cel antirubeolic și antioreion) se administrează la 14 luni. Uneori, între a 6-a zi și a 9-a zi de la vaccinare copilul poate prezenta reacție vaccinală: febră, agitație, "guturai", chiar o erupție asemănătoare celei din rujeolă. Se va combate febra și agitația. Reacția dispare în 1-5 zile.

3.9. De la 9 la 10 luni

De la această vârstă sugarul cu un sistem nervos normal și cu o îngrijire corespunzătoare se manifestă zilnic cu ceva nou. Încearcă să pășească sprijinindu-se de ceva. Va mai trece însă un timp până va merge singur (către vârsta de un an). Dezvoltarea firească nu trebuie forțată. Dacă i se asigură îngrijirea cea mai bună a corpului, dacă este alimentat corect, dacă se bucură de plimbări în aer liber și jucării corespunzătoare, dar mai ales de dragoste, atenție și calm din partea părinților, un sugar născut sănătos și fără îmbolnăviri grave va avea o evoluție normală. Nu-l comparați cu alți sugari, nu-l socotiți anormal dacă el nu a realizat toate "posibilitățile" vârstei, nu deveniți anxioși la insuccesele lui, nu-l supraîngrijiți. Cei care au băieți nu vor uita că fetele sunt mai precoce.

La un copil interesează mai mult sănătatea şi mulţumirea lui, dezvoltarea aptitudinilor în mod spontan, decât momentul când a învăţat să meargă sau să ceară oliţa.

Alimentaţia

Spre sfârşitul primului an de viaţă, multor sugari nu le mai place laptele. Nu se va insista şi mai ales nu va fi forţat să-l bea. Se va încerca, dacă preferă, laptele cu cereale (făină, fulgi), cacao (dimineaţa) sau sub formă de budinci, brânză sau lapte acidifiat cu suc de lămâie, iaurt. S-ar putea să fie numai o repulsie trecătoare, care dispare de la sine după câtva timp. De asemenea, există copii care refuză să primească şi în această lună, alimentaţia din ceaşcă sau pahar. După câteva încercări nereuşite se renunţă şi se reia tentativa după 1-2 săptămâni. În prima perioadă, copilul va "pierde pe drum", vărsând o mare parte din alimentul pus în pahar. Este o parte din procesul de învăţare. Se poate evita vărsarea unei cantităţi prea mari de lapte, turnând în pahar o cantitate mică. Cei mai mulţi primesc laptele numai din biberon.

TABELUL 3. 4

SUGESTII PENTRU ALIMENTAŢIA SUGARULUI ÎNTRE 9 ŞI 12 LUNI[1]

Între 9 şi 10 luni	Între 9 şi 12 luni se trece la lapte de vacă integral sau lapte praf cu 28% grăsimi (34‰ reconstituit). Unele familii preferă încă laptele de continuare (notat cu cifra 2; recent s-a lansat şi Milumil 3) sau Formula cu adaosuri (Similac-gain) sau lapte cu cereale (vezi tabelele 3.2 şi 3.3) Se continuă cu vitamina D-picături şi cu fluor – între mese se poate da suc de fructe sau – apă cât şi când vrea 4 mese	*dimineaţa*: – fie un biberon cu 240 ml lapte de continuare – fie lapte de vacă integral cu 5% zahăr şi 3% cereale – fie lapte de continuare (denumit de francezi "de a 2-a vârstă") – se poate adăuga o cantitate mică de făină de cereale "instant" de 2-3 ori pe săptămână, în mod facultativ *10*: nimic sau cel mult suc de fructe *la prânz*: – pireu de legume variate sau de cartofi, sau paste făinoase fine – carne de mânzat sau de pasăre sau peşte slab sau ficat sau creier sau ou – compot de fructe sfărâmate *gustare*: – banană sau mere rase – sau un biberon de lapte – sau un iaurt cu sau fără biscuiţi
		– o prăjitură de casă (cremă, budincă, chec etc.) – brânză de vaci cu fructe strivite *seara*: – un biberon de lapte simplu sau cu făină de cereale – sau iaurt cu biscuiţi – sau brânză de vaci cu biscuiţi şi cu fructe strivite
Între 10 şi 11 luni	Ca între 9 şi 10 luni	
Între 11 şi 12 luni	Se trece, în mare parte la menu-ul familiei, având grijă ca în menu să fie prezente: – lapte şi/sau derivate de lapte – carne – fructe şi zarzavaturi	*dimineaţă*: – lapte şi tartină cu unt şi ceva dulce – sau iaurt, biscuiţi cu gem – sau lapte cu cacao sau cu fulgi de cereale *prânz*: – pireu de cartofi sau de diferite zarzavaturi – sau morcovi sau sfeclă sau salată de tomate – carne (vită, pasăre, miel) sau peşte slab – sau omletă – sau paste făinoase fine, orez, mămăliguţă, ciulama – brânză de vaci, brânză topită – sau unt cu mămăliguţă *gustare*: – brânză (de vaci, sau topită) – lapte + adaosuri – fructe strivite cu biscuiţi sau brânză – prăjitură de casă *seara*: – fie un biberon de lapte (simplu sau cu adaosuri) – fie legume fierte şi strivite cu brânză "albă" – fie un ou (fiert tare, moale sau "ochi") cu legume proaspete (tomate) sau fierte – fie un "Brei" (lapte plus pulbere de cereale), fructe sau zarzavaturi Mulţi copii la vârsta de un an se "servesc" din menu-ul adulţilor

[1] Vezi tabelele 2.1, 2.2 pag. 115, 3.2 pag. 126 şi 3.3 pag. 127

Majoritatea sugarilor preferă în continuare biberonul, chiar pentru alimente pasate.

Practic, regimul alimentar este identic cu cel de la 9 luni.

Dezvoltarea psihomotorie

• *Motricitatea generală*: a) Culcat pe spate sau pe burtă, sugarul se întoarce pe o parte sau pe alta, se rostogolește, se poate ridica în șezut și uneori o "pornește" în patru labe.

b) *Statul în șezut*. Cu timpul a ajuns ca în această poziție să stea liber, cu echilibru bun; se sprijină în față, lateral și în spate cu ușurință. Se deplasează șezând înainte și în jurul axului corpului.

c) *Ridicarea în picioare*. Cei mai mulți se ridică ținându-se de obiecte; puțini reușesc să se ridice și singuri (uneori). După ce sugarul s-a ridicat și se sprijină, stă destul de stabil și se deplasează lateral de-a lungul unor mobile (fig. 3.19) sau ținându-se de marginea patului (fig. 3.20).

Fig. 3.19 – În luna a 9-a sugarul se poate ridica în picioare, apucându-se de gratiile patului.

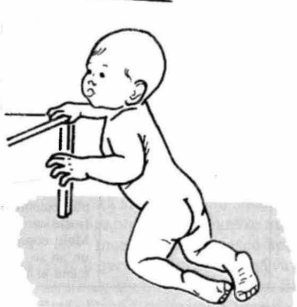


Fig. 3.20 – La 10 luni se ridică în picioare și poate păși ținându-se de diferite mobile.

• *Motricitatea fină*. Capacitatea de a opune degetul mare degetului arătător este una dintre marile cuceriri ale omului care permite folosirea mâinilor la operațiuni fine (scris, meșteșuguri etc.). Dobândirea acestei capacități are loc între a IX-a și a XI-a lună. De la 6 luni (când mișcările mânuțelor erau atât de neajutorate când vroia să apuce un obiect mic) până la 10 luni (când, cu o mișcare grațioasă, reușește să ridice între degetul mare și arătător o firimitură de pâine) a intervenit un progres uriaș în coordonarea nervoasă (fig. 3. 21).

Fig. 3.21 – a, b – Sugarul apucă la 10-11 luni obiecte foarte mici între degetul mare și arătător, ca într-o pensă.

• *Alte progrese ale dezvoltării motorii*. În general, copilul va practica și își va desăvârși achizițiile din luna precedentă. Nu se înregistrează progrese remarcabile. În ceea ce privește mersul sprijinit, nu există o regulă generală: unii reușesc destul de bine, în timp ce alții (mai puțini, este adevărat) nici nu încearcă!

Limbajul. Unii copii continuă să-și lărgească "vocabularul" cu alte cuvinte bisilabice, alții nu se grăbesc deloc să vorbească. Cuvintele sunt fără adresă.

Supraveghere și îngrijiri

• *Picioarele în "O"*. Majoritatea sugarilor au la această vârstă o astfel de deformare a membrelor inferioare, până când musculatura se dezvoltă mai bine. Dacă această curbură este mai accentuată, se va aviza medicul, care stabilește dacă nu este vorba de o manifestare de rahitism.

• *Somnul*. Începând cu această vârstă, cei mai mulți sugari încep să îndrăgească, mai devreme sau mai târziu, o anumită jucărie sau o bucată de țesătură colorată, pe care țin s-o ia cu ei în pat și să adoarmă cu ea. Cârpa sau/și jucăria par să reprezinte o deosebită sursă de satisfacție, de calm și de securitate, judecând după reacția nefericită a copiilor când li se ia obiectul adorat. Unele mame sunt neliniștite când copilul lor acordă atâta importanță unui obiect neînsemnat. Obiceiul se întâlnește atât de des la copii sănătoși,

echilibrați, calmi, încât poate fi apreciat ca ceva perfect normal.

Fig. 3.22 – Sugarul doarme cu jucăria preferată.

Fig. 3.23 – La 10 luni se poate începe desprinderea sugarului de a face la oliță.

• *"Jocul" cu organele genitale.* Copilul atinge organele genitale și se joacă uneori cu ele ("le manipulează"), așa cum își pipăie, de exemplu, degetele și urechile. Sunt părți ale corpului său și vrea să le cunoască. Copilul are față de corpul său aceeași curiozitate pe care o manifestă față de jucării și de întregul mediu înconjurător. Băieții, în special, au o preferință deosebită pentru organele genitale. Acest joc nu are nici o importanță și nu duce în nici un caz la masturbare. Cu cât părinții îi acordă importanță mai mică, cu atât va fi mai bine. Copilul nu trebuie certat, căci i s-ar stimula și mai mult interesul pentru aceste manevre. Dificultățile apar numai atunci când, prin comportamentul părinților, copilul capătă impresia că face un lucru interzis.

• *Formarea deprinderii de a fi curat. Olița.* Momentul potrivit pentru obișnuirea copilului la oliță este foarte controversat. Mamele încearcă foarte devreme să-l deprindă pe sugar să "facă" la oliță (de foarte multe ori din luna a 8-a). Este necesar să fie cunoscute funcțiile copilului. Or, controlul sfincterului anal se instalează după 1 ½ ani, iar cel al vezicii urinare și mai târziu (vezi capitolul următor). Pe de altă parte este greu pentru mame și chiar pentru noi, pediatrii, să nu încercăm să obișnuim pe copil să-și stăpânească mușchii ce intervin în acest act fiziologic.

Așa cum s-a amintit mai sus, sugarul are scaunele la aproximativ aceleași ore. După ce mama sesizează care sunt aceste ore, va pune sugarul pe oliță și va pronunța în același timp câteva sunete, mereu aceleași. Concomitent, va deschide un robinet de apă. Senzația de rece și de apăsare a marginii oliței, poziția de stat "pe vine", sunetele din jurul lui contribuie adesea să-l obișnuiască pe copil să "facă pe oliță" (fig. 3.23).

Se va procura o oliță din material plastic și un dispozitiv suplimentar ("scăunel") cu ajutorul căruia se fixează olița. Nu este bine ca sugarul să fie lăsat mult timp (peste 10 minute) pe oliță, deoarece se poate ajunge la prolaps rectal (ieșirea în afară a mucoasei din porțiunea terminală a intestinului gros), mai ales la copiii cu diarei repetate și/sau prelungite. Este important ca sugarul să nu fie certat dacă strădaniile mamei sunt fără rezultat, deoarece el nu este încă responsabil de actele sale. În schimb, nu se va pierde prilejul de a-l lăuda, atunci când are succes. Se va repeta încercarea în fiecare zi la aceeași oră, mama dând dovadă de răbdare și calm. În caz de insucces timp de 2-3 săptămâni, se întrerup aceste strădanii și se reiau după vârsta de 18-24 luni. Insistența încăpățânată și certarea copilului pot duce la reacții de negativism și tulburări de comportament mai grave. Normal, copilul devine curat abia în al III-lea an de viață.

3.10. **De la 10 la 11 luni**

Alimentația

• *Cantitatea de lapte* poate fi redusă la 400-500 ml. O alimentație predominant lactată fără pireul de zarzavat cu carne în trimestrul al IV-lea al primului an de viață duce la anemie marcată și la receptivitate crescută la infecții. În plus, trecerea la o alimentație

corespunzătoare după întâiul an de viață se face cu mare dificultate. O alimentație mai consistentă permite, la această vârstă, adaptarea conținutului și orarului meselor copilului la programul familiei. În anotimpul cald și în caz de febră se crește aportul de lichide (nu lapte!) cu ceaiuri slabe (simplu sau anason, chimen, mentă, mușețel), apă fiartă sau fructe.

• De la 10 la 12 luni se oferă *alimente consistente*. Se încearcă să se înlocuiască treptat biberonul cu ceașca sau cu linguriță. În practică însă, în continuare și chiar în al doilea an de viață, copiii preferă să bea laptele din biberon.

Dimineața: lapte simplu sau cu fulgi de cereale sau un produs parțial adaptat (Milupa 2 sau 3, Nutrilon 2, Nan etc.). sau o formulă cu adaos (Similac); pâine cu unt și gem. *La ora 10:* fructe, sucuri de fructe, morcovi sau nimic. *La ora 12-13* (14!): se renunță progresiv la pireul foarte fin pasat pentru a-i da legume zdrobite cu furculița. În funcție de sezon și posibilități, alături de cartofi, legume variate: morcovi, dovlecei, spanac, salată fiartă, fasole verde, mazăre verde, conopidă, sfeclă. În sezonul rece se pot da din când în când paste făinoase sau orez bine fiert (pilaf). La zarzavat se adaugă unt, de 1-2 ori pe săptămână câte un gălbenuș de ou, iar de 4-5 ori pe săptămână carne (ficat) sau pește în cantitate de 60-70 g sau pește slab de apă dulce. Se poate încheia cu un desert (fructe, compot). *După-amiaza:* fructe strivite, fulgi de cereale cu fructe sau biscuiți sau prăjituri de casă; la sfârșit, se poate da lapte, iaurt sau brânză de vaci. *Seara* (în jur de ora 20): budinci, papanași cu lapte cu cereale instant, fulgi de cereale, griș sau pâine cu unt + brânză de vaci sau șuncă slabă + un biberon cu lapte (sau ceaiuri slabe cu zahăr), mămăliga cu unt și brânză de vaci.

Pe măsură ce copilul va deveni mai îndemânatic, el va dori să mănânce singur. Tendința lui va fi să apuce direct cu degetele sale. Lăsați-l s-o facă. Este important de a-l lăsa să aibă un rol activ în alimentarea sa.

Acum, sau în luna următoare, se poate începe să i se dea sugarului, din când în când, din mâncarea care se pregătește pentru restul familiei. La această vârstă, copiilor le plac mâncărurile pe care le pot duce singuri la gură: legume fierte, cum ar fi morcovii, cartofii, fasolea păstăi. Se pot da și fructe crude: mere, zmeură, piersici decojite, afine, tomate etc., pasate, strivite, tocate fin sau sub formă de compot. Pireurile nu se sărează și nu se condimentează.

Este permisă încă menținerea alimentației la sân la 1-3 mese în 24 ore. De subliniat că sugarii hrăniți la sân, acceptă greu altfel de lapte.

Laptele (produse industriale sau de vacă) și/sau derivate (iaurt, brânză de vaci) rămân alimente de bază, prezente în "meniul" zilnic.

Unele "progrese"

• *Stă în picioare*. Un alt progres remarcabil este că sugarul stă în picioare. El reușește să se agațe de grilajul patului sau țarcului, încearcă să se ridice, și după multe eforturi și căderi, triumfează: stă drept în picioare. Statul în picioare ("stațiunea bipedă") este proprie omului. Este progresul cel mai important în dezvoltarea motorie a sugarului. Acest triumf îl simte și sugarul: fața lui este veselă, se uită cu mândrie în jur, se simte cumva la fel cu tatăl, cu mama, cu frații săi mai mari. Nici n-a reușit bine să stea în picioare și de bucurie chiuie, încearcă să țopăie, ridică brațele. Bucuria și mișcările cu mâinile sunt peste măsura forțelor sale. El poate cădea; lovirea îi frânează și amână încercările. Nu-l lăsați să stea prea mult în picioare; dacă se clatină, sprijiniți-l; mângâiați-l dacă nu a reușit; luați-l în brațe; jucați-vă puțin cu el, nu-l lăsați tot timpul în pat, ci puneți-l într-un scaun înalt. Gambele lui sunt încă slabe pentru a putea susține multă vreme greutatea corpului. Ținut la început de axile, iar după 2-3 săptămâni numai de vârful mâinilor, sugarul poate pași (fig. 3.24). Curând învață să se deplaseze sprijinindu-se de-a lungul patului, țarcului, apoi se ține de un fotoliu și reușește

Fig. 3.24 – Susținut de mâini, sugarul poate pași.

Fig. 3.25.

să meargă de la o mobilă la alta. Toate aceste încercări sunt însoțite de multe căderi. Când cade de la o înălțime mică, nu se întâmplă nimic; dacă însă căderea s-a făcut de la o înălțime mare sau dacă a căzut pe un plan tare cu un segment al corpului mai sensibil (capul, răsucirea mâinii etc.), sugarul țipă, nu se mai "oprește din plâns" și amână încercările cu câteva săptămâni sau chiar luni. Statul în picioare și deplasarea dau copilului prima trăire a spațiului.

• *Apucarea*. S-a amintit cât de mult timp îi trebuie sugarului pentru a reuși să apuce obiectele. De abia acum el ajunge să prindă obiectele cu degetul mare (policele) și arătătorul (indexul). Datorită acestui progres, el apucă obiectele ușoare cu precizie și finețe și-i face plăcere să le arunce. Aceasta îi dă și o senzație de putere. Așezat într-un scaun înalt, el apucă un cub și-i dă drumul. Apucă succesiv toate obiectele din jurul său și se distrează privindu-le cum cad. Așteaptă laudele și aplauzele mamei pentru noua lui reușită; se necăjește dacă nu i se dau înapoi obiectele căzute. Când i se redau, le pipăie, le duce la gură, le privește și apoi le aruncă din nou (fig. 3.25). Între mamă și copil, această mică manevră este un joc; adesea cei din jur se irită, își pierd răbdarea, îl apostrofează, îi îndepărtează jucăriile și-l părăsesc. Este o greșeală. (Vezi și fig. 3.14, pag. 161).

• *Memoria* continuă să se dezvolte. Copilul recunoaște persoanele din anturajul imediat și își caută obiectele pierdute.

• *Inteligența practică* se manifestă prin aceea că poate deschide o cutie; poate executa unele ordine simple: deschide gura sau întinde mânuța la comandă.

• *Se conturează personalitatea*. Copilul devine din ce în ce mai mult o mică personalitate. Preferințele și repulsiile se exprimă prin manifestări din ce în ce mai pregnante. Este dibaci în anumite acțiuni și rămâne stângaci în unele gesturi, care par simple, dar care lui nu-i reușesc. Părinții sunt datori să urmărească toate componentele fizice, spirituale și emoționale, care conturează o personalitate. Trăsăturile de comportament care nu sunt pe placul părinților nu se vor combate prea repede; se încearcă mai întâi să se înlăture ceea ce a apărut în mod nedorit. Dacă un copil este vioi, nu se va încerca să se facă din el un copil liniștit, obligându-l să stea cuminte; se reușește – mult mai sigur – dându-i-se o jucărie sau creându-i o altă preocupare.

• *Contactul social*. Începe să înțeleagă dacă este lăudat sau certat; inventează trucuri. Reacționează conform firii lui la mici "ordine" date de adulți. Străinii sunt priviți (selectiv) cu suspiciune. Râde tare sau zâmbește. Își exprimă plăcerea sau disconfortul, dar atenția poate fi abătută. Începe să se joace cu alții, nu numai alături de ei.

• *Simte nevoia de societate*. La sfârșitul primului an de viață, copilul își manifestă evident nevoia de companie. Vrea să se joace în încăperea în care se află ceilalți membri ai familiei și așteaptă să i se vorbească, iar dacă este lăsat singur, reacționează – deseori – prin plâns.

• *Limbajul*. Spune bisilabe în lanțuri: "ma-ma", "pa-pa", "ta-ta" fără adresă. Reacționează când este strigat pe nume și când i se solicită să dea un obiect. Imită zgomote auzite sau pe care le emite el singur. Modulează vocea tare, încet și șoptit. Se joacă cu limba, cu saliva pentru a produce zgomot.

Supraveghere și îngrijiri

• *Somnul*. Ca și la adult, nevoia de somn prezintă mari variații individuale. Unii copii sunt foarte vioi, dorm mult, pentru a-și reface energia. Alții, mai liniștiți, au nevoie de mai puțin somn. În medie, spre vârsta de un an, sugarul doarme 10-12 ore noaptea și circa 2 ore ziua.

Unii sugari mari și copii mici refuză să mai doarmă după-amiază. Dacă dorm în cursul nopții 11-12 ore sau dacă dorm mai mult în cursul dimineții, nu mai este nevoie să doarmă după-amiază. Chiar dacă seara sunt foarte obosiți și mai iritabili, înseamnă că fac parte din

categoria de copii care nu au nevoie decât de un singur somn. Dacă adorm seara greu, mai târziu se va scoate copilul la plimbare spre seară și, în continuare, în familie se va evita excesul de impresii (jocuri, musafiri, agitație).

• *Încălțămintea.* Nici la această vârstă, sugarul nu are nevoie de încălțăminte de protecție pentru picioare. Numai în cazurile în care este dus în curte sau stă pe o podea rece și cu asperități are nevoie de încălțăminte. Se procură ghetuțe de dimensiuni mai mari, cu vârful larg, cu talpa flexibilă. Încălțămintea cu talpa tare accentuează tendința la picior plat, cu care, de fapt, sugarul se naște și care se menține fiziologic și la copilul mic. Pentru cei mai mulți copii, ghetele nu reprezintă un ajutor, dar nici nu le strică, cu condiția ca pielea să fie foarte moale și cu talpă flexibilă.

• *Cum se ridică sugarul mare în brațe.* Petreceți mâinile în jurul toracelui sau pe sub axile (subsuoară) și ridicați-l astfel încât greutatea corpului să fie purtată de ambele articulații ale umerilor; nu-l ridicați niciodată și nu-l învârtiți de mâini, brațele lui trebuind să susțină în acest caz întreaga greutate a corpului.

• Ce se face dacă sugarul se servește cu *predilecție de mâna stângă!* Chiar dacă părinții au impresia că va deveni stângaci, nu-i vor interzice folosirea mâinii stângi, obligându-l să folosească mâna dreaptă.

Folosirea preferențială a unei mâini este dictată de conformația și dezvoltarea creierului și reprezintă o particularitate biologică ce nu trebuie interpretată ca un defect și de aceea nu se combate prin pedepsirea copilului. Este greșit și dificil să fie obligat să se folosească de mâna dreaptă, când pentru el este mult mai natural să o folosească pe cea stângă. Forțarea pentru folosirea mâinii drepte poate determina o formă de nevroză la copilul mare.

Majoritatea indivizilor stângaci nu au dificultăți serioase în viață și în meserie.

3.11. **De la 11 la 12 luni**

Copilul împlinește în curând un an. După aceea nu se mai discută despre copil în luni, ci în ani.

Ajunsă la acest moment, orice mamă privește înapoi asupra anului scurs. Copilul a făcut progrese uriașe, a devenit o mică personalitate, ce poate face multe lucruri cu corpul său și care are o voință proprie.

În același timp, mama a învățat "meseria" de mamă. Satisfacția cea mai mare a unei mame este de a fi conștientă de încrederea copilului în ea și de faptul că el o "cunoaște". Orice mamă ia o mulțime de hotărâri, din instinct, fără a reflecta prea mult. Când este nesigură, copilul îi arată prin reacțiile lui dacă soluția adoptată este cea mai nimerită. Încercările și greșelile fac parte din viața părinților și nici o carte sau nici un medic nu o pot scuti pe mamă de emoții sau de situații neprevăzute. Medicul și cărțile sunt totuși ajutoare obligatorii în creșterea și educația copilului. Nu se mai concepe, în viața modernă, o familie care să nu se inițieze în problemele de sănătate care constituie bunul cel mai de preț al omului!

În pragul trecerii în al doilea an de viață al copilului, mama simte că nu mai este singură, că soțul său a intrat tot mai mult în rolul de tată. De acum ambii părinți vor avea ca scop permanent îngrijirea sănătății fizice și educației copilului; cu acesta vor deveni și ei copii, vor trăi din nou etapele copilăriei, vor încerca să facă din copil mai mult decât au fost ei și vor visa ca acesta să nu repete greșelile lor.

Pentru aceasta este nevoie de devotament, de dăruire permanentă, de străduința de a fi așa cum ar vrea să devină copilul lor, prin puterea exemplului lor. În vederea acestui deziderat, este nevoie de instruire permanentă. Azi, copiii nu mai pot fi crescuți din instinct, în cadrul câtorva norme moștenite prin tradiție, ci prin documentare continuă asupra psiho-sociologiei copilului din societatea modernă, în continuă transformare.

Alimentația

• La un an (și nu mai înainte) se pot da o mare parte din mâncărurile ce se gătesc pentru frații mai mari. Atâta timp cât primește zilnic legume, fructe, carne și lapte, se poate ține seama de preferințele copilului. Bineînțeles că se va întocmi un mediu echilibrat. Majoritatea copiilor preferă o alimentație simplă, bine pregătită, necondimentată, apetitul devine capricios, inegal, cu preferințe.

În multe cărți se recomandă să se renunțe la biberon. În realitate, marea majoritate a copiilor chiar și după vârsta de un an preferă să primească laptele (cu sau fără adaosuri) cu biberonul. Dimineața se dă lapte simplu, iar seara îmbogățit cu făină de fructe sau cereale. Unii părinți preferă să dea încă lapte parțial-adaptat (Milumil 2 sau 3, Humana 2, Nutrilon plus, Beba, Nan etc.). Organismul copilului de un an este însă maturat să primească lapte praf integral sau lapte de vacă de bună calitate.

La masa de prânz, potrivit tradiției culinare românești, multe mame dau mai întâi copilului supă sau ciorbă cu multe zarzavaturi și apoi pireul cu carne. Dacă se ține mult și la supă, se va începe cu pireul cu carne și "supa" va fi "felul al doilea". Pireul este de preferat din cartofi sau morcovi cu unt. Se pot da și alte zarzavaturi (dovlecei, conopidă, sfeclă, albituri etc.). Se preferă carnea "roșie" de vițel sau mânzat. Se poate da și carne de vacă, pește slab; oul se poate da și ca ochi sau chiar omletă. Ca variație se poate da mămăliguță cu brânză de vaci sau iaurt, ciulama, pilaf, paste făinoase fine. Se poate da și brânză topită. Masa se poate încheia cu compot, suc de fructe sau o prăjitură de casă.

La gustarea de la ora 10 nimic sau numai fructe.

La gustarea de după-amiază: iaurt, brânză de vaci sau brânză topită, fructe strivite (mere, banane, piersici etc.) simple sau cu biscuiți și brânză de vaci. Mamele care au timp pot da creme, budinci, prăjiturele de casă etc. seara cereale cu lapte ("Brei", terci).

Alimente interzise. Nu se dau copilului cafea naturală, ceai rusesc concentrat, mâncăruri condimentate, salamuri afumate, slănină, pește afumat, băuturi alcoolice, murături.

De asemenea nu sunt indicate leguminoasele uscate (lintea, fasolea, mazărea), varza acră.

Excesul de sare. În mod fiziologic sugarul și copilul mic nu au nevoie de "sărarea" mâncării. Excesul de sare favorizează apariția hipertensiunii la adult. În unele țări (S.U.A., Anglia, Țările Scandinave, Germania) este interzis adaosul de sare la fabricarea conservelor pentru copiii mici.

Sandvișurile la 11-12 luni. Sugarilor care au învățat să mestece bine, li se poate da dimineața, la masa cu lapte, o tartină cu unt sau cu o pastă moale de fructe (măceșe, mere, gutui). Este important să li se dea pâine proaspătă, albă, tăiată în felii subțiri. Spre sfârșitul lunii a XII-a, se încearcă și pâinea neagră. Pe pâine se poate da, pe lângă unt, brânză de vacă, brânză topită, partea slabă din șunca presată, parizer de bună calitate, crenwurști. De acum înainte, unii copii preferă variația în alimentație.

Se va evita *excesul de dulciuri*. Adaosul de zahăr nu mai este obligatoriu la laptele de vacă. Dulciurile și prăjiturile se vor da numai după mese, nu între mese. La masa de seară este bine să nu se dea deloc dulciuri. Excesul de dulciuri (zahăr, miere, dulceață, bomboane, gemuri, prăjituri) au un rol incontestabil în apariția cariilor dentare.

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

• *Greutatea* se triplează față de cea de la naștere; la cei născuți cu greutate mică, se triplează mai devreme.

Băieți: mediul urban = 9 100 – 9 900 g;
mediul rural = 9 200 – 9 800 g;
Fete: mediul urban = 9 100 – 9 300 g;
mediul rural = 9 000 – 9 300 g.

Sunt cifre medii. Deviațiile de plus sau minus 700-900 g se apreciază ca normale.

• *Înălțimea* (talia) și *perimetre*

Talia
Băieți: mediul urban = 75,32 cm (+/- 3,11);
mediul rural = 74,88 cm (+/- 3,37);
fete: mediul urban = 73,91 cm (+/- 3,01);
mediul rural = 73,28 cm (+/- 3,23).

Perimetrul cranian
Băieți: mediul urban = 46,23 cm (+/- 1,54);
mediul rural = 45,96 cm (+/- 1,66);
fete: mediul urban = 45,24 cm (+/- 1,55);
mediul rural = 44,81 cm (+/- 1,74).

Perimetrul toracic
Băieți: mediul urban = 47,26 cm (+/- 2,22);
mediul rural = 47,30 cm (+/- 2,44);
fete: mediul urban = 46,29 cm (+/- 2,04);
mediul rural = 46,06 cm (+/- 2,39).

• *Dentiția*. La un an copilul are în medie 6 dinți (4 sus și 2 jos). Există foarte mulți copii perfect normali la care primul dinte apare de-abia acum sau chiar mai târziu.

• *Dezvoltarea motorie*. Această vârstă este treapta intermediară dintre poziția orizontală și cea verticală, încă instabilă. Perfecționarea se face treptat. Astfel, dacă în primele luni poziția obișnuită era cea culcat pe spate sau pe burtă, la 12 luni această poziție se adoptă numai în somn. Se întoarce spre ambele părți și ajunge să șadă atât prin tracțiune (se apucă de degetele adultului), cât și singur.

a) *Poziția "șezând"* este liberă, cu un echilibru stabil (atât pe un plan orizontal, cât și în brațele mamei), se poate sprijini și întoarce spre toate părțile.

b) *Ridicarea în picioare*. Am văzut că i-au trebuit 3-4 luni până când să se ridice și să se așeze singur. La 12 luni majoritatea copiilor se ridică numai cu sprijin și doar o mică parte liber. Unii dintre ei reușesc să facă singuri câțiva pași. Ținându-se de mobilă "merg" relativ repede. Apoi trec în "patru labe" și se deplasează cu viteză.

c) *Mersul în patru labe*. De la poziția orizontală până la mersul nesprijinit, sugarul a exersat luni și luni de zile; mai întâi s-a "târât", apoi a mers "de-a bușilea" și, în sfârșit, înainte de a ajunge la stațiunea bipedă, "a mers în patru labe, ca un urs", mers care este încă preferat de către unii și la această vârstă, datorită vitezei mai mari de deplasare. Din această poziție poate sta în șezut sau se ridică în picioare. Așa cum am mai arătat, unii sugari trec direct de la târâre la poziția "în șezut" și apoi în picioare.

d) *Poziția în picioare și mersul*. În general, un copil de un an stă în picioare nesprijinit, dar încă fără echilibru și fără posibilitatea de a se deplasa.

Mersul se învață foarte încet: mai întâi este nevoie ca sugarul să fie "copt" pentru a încerca spontan să se ridice și să încerce să se deplaseze, sprijinindu-se singur; numai după aceea adultul îl va ajuta (la început susținându-l de subsuoare și apoi de vârful mâinilor) să pășească. Mersul de unul singur se realizează, la majoritatea copiilor, între 12 și 14 luni. Dacă întârzie prea mult, se va consulta medicul.

La început, copilul merge legănat, cu baza de susținere lărgită (fig. 3.26). Adesea, cade pe șezut după 3-4 pași. Copiii sunt foarte perseverenți în a învăța să meargă, luând-o mereu de la început. Cu timpul devin siguri pe ei. Ei merg sprijinindu-se de pereți; înaintează din mobilă în mobilă, de care se țin cu o mână. Din poziția bine în picioare, se pot așeza fără ajutor.

Poate ține un creion cu care mâzgălește o foaie de hârtie. Poate aduna firimituri de pâine și le duce la gură. Încearcă să bea din ceașcă. Cooperează din ce în ce mai mult și mai ales la dezbrăcat și descălțat.

Unii dintre copii, care încep să meargă devreme, după câteva încercări încetează brusc să mai meargă și timp de 1-2 luni nu mai încearcă deloc (s-au speriat de nesiguranța lor și de căderi). Ei devin mai prudenți și

Fig. 3.26 – La un an, mulți copii fac primii pași, nesusținuți.

fac o nouă încercare abia după ce uită primul șoc. Nu vor fi forțați!

Dacă face progrese și în vorbire, mersul dobândit poate să dispară temporar, ca și cum și-ar concentra toate eforturile pentru noua achiziție. La fel, după o boală, îi trebuie un timp pentru a merge la fel de bine ca înaintea bolii.

e) *Ce poate face un copil la 12 luni*. Stă liber în șezut, stă singur în picioare și face, susținut, primii pași. Se urcă pe scări în 4 labe. Este captivat de dorința de a învăța să meargă. Dacă știe să meargă, va umbla prin casă în majoritatea timpului. Dacă ajunge până la masă, știe să-și însușească diverse obiecte. Poate ține o bilă mică cu degetele și dă drumul în mod voit unor obiecte pe care le ține în mână (cu câteva luni în urmă le scăpa din mână când obosea prea tare sau când voia să apuce un alt obiect). Acum și în lunile următoare până spre 18 luni, ocupația lui favorită va fi să arunce diferite jucării peste marginea patului sau țarcului, sau le va arunca într-un recipient, pentru a le scoate apoi. Este pasionat să descopere, să apuce cu "pensa" (degetul mare – degetul arătător) gunoaie, firimituri, nasturi, mărgele etc. și să le ducă la gură ("le gustă").

Începe să devină îngrijorător pentru cei din jur. Nu mai poate fi lăsat singur, deoarece este expus accidentelor atunci când apucă și trage spre el tot ce atinge. Aceasta este însă modalitatea lui de a cunoaște mediul înconjurător. Cei din jur îl învață mereu câte ceva, deoarece el îi solicită. La această vârstă învață mult și repede. Pregătirile pentru mers și pentru vorbire

sunt încheiate. Începe să exerseze și aplică ceea ce a învățat în materie de limbaj. Ascultă cu atenție și sporovăiește mult. Spre marea lui plăcere devine tot mai independent, contactele cu mediul devin mai diferențiate, le alege.

• *Limbajul.* Afară de "ta-ta", "pa-pa", "ma-ma" (singurele cuvinte cu adresă) majoritatea copiilor nu mai pot spune decât câteva silabe sau unele cuvinte formate din 2 silabe. Vorbirea începe însă să devină mijloc de comunicare; dorințele și sentimentele proprii vor fi exprimate prin silabe simple. Repetă lucruri de care adulții se amuză.

Mulți copii încep să vorbească mai târziu. Ei sesizează multe situații din mediul lor, știu să arate diferitele părți ale corpului și multe obiecte din cameră, diferențiază după nume persoanele din jur, execută mici ordine, dar nu articulează nici un cuvânt. Au ceea ce se cheamă un "limbaj pasiv", dar nu au trecut încă la treapta de "limbaj activ". Am întâlnit foarte mulți copii care înțelegeau foarte multe noțiuni, dar care nu au articulat nici un cuvânt până în jurul vârstei de 3 ani. Toți acești copii s-au dovedit ulterior foarte dotați.

Dacă nu există leziuni nervoase sau defecte ale auzului, lipsa limbajului activ nu constituie un motiv de îngrijorare.

• *Contactul social.* În această perioadă se intensifică diferențierea psihică. Spre sfârșitul primului an de viață, se observă manifestări de simpatie sau preferință, refuz sau protest față de persoane, jucării sau mâncare. Manifestă de asemenea acte de mânie, invidie, gelozie. La ceea ce îi provoacă neplăcere, copilul reacționează activ, cu protest sau furie, sau pasiv, cu teamă, reacție de evadare. Tipă pentru a atrage atenția asupra persoanei sale.

În această perioadă copilul devine un "partener", începe să rostogolească mingea, înmânează cu plăcere obiecte și așteaptă să-i fie restituite, îi place jocul în colectiv.

Mama devine tot mai mult model pentru propria conduită. Copilul imită tot ce face mama, gesturile ei, până și dispoziția, starea de spirit. Din punct de vedere științific, nu s-a răspuns încă hotărât la întrebarea: în ce măsură copilul se adaptează la această vârstă caracterului și particularităților mamei? Copilul are posibilități de înregistrare mult mai sensibile decât își pot imagina adulții.

Activitatea motorie, posibilitatea de a-și controla gesturile mâinilor, de a apuca și lăsa, de a pipăi, posibilitatea de a vedea, de a mișca, de a se apropia de ceea ce-l tentează, de a se îndepărta de ceea ce nu-l interesează, toate îi permit să cunoască lumea din jur: spațiul, obiectele neînsuflețite, conturul, consistența moale sau dură, țesătura lucioasă sau aspră, formele, dimensiunile. Paralel cu acestea, copilul cunoaște propriul corp. Psihologii insistă asupra a ceea ce ei numesc "schema corporală" în cunoașterea de sine. Această cunoaștere derivă din sinteza inconștientă a unor senzații: mângâierile, contactul cu mâinile care-i fac baie, senzațiile de cald și de rece, mișcările și poziția membrelor.

Cei din jur sunt datori să arate și să pronunțe în fața copilului termenii ce denumesc diferite părți ale corpului: nasul, gura, ochii etc. (atât la adulți, cât și la copil). La început va fi învățat să pronunțe numai cuvinte mono- și bisilabice ca: ta-ta, ma-ma, pa-pa, pa, apa etc.). Mama este prima și cea mai bună oglindă. Din când în când copilul este dus în fața oglinzii. Îl bucură mult, dar nu se va recunoaște, se pare, decât după vârsta de 14-15 luni.

Supraveghere și îngrijiri

• Se conturează din ce în ce mai mult personalitatea și caracterul copilului. În funcție de acest caracter se vor adopta și atitudinile adulților. Timidul are nevoie de o protecție mai mare, de mângâieri, de vorbe dulci, de blândețe. În schimb, nu se vor executa ordinele celui pretențios. Cei care încep să "speculeze" dragostea mamei prin crize de plâns trebuie să simtă că cei din jur nu se supun manifestărilor lor de mânie. Au drept la mângâiere, dar în limite rezonabile și pe bază de reciprocitate.

Vom repeta că tatăl trebuie să fie prezent zilnic în viața copilului ca să-l simtă alături de el și să participe la toate activitățile lui. Oricât ar fi de ocupat trebuie să-și găsească timp pentru familie și cu atât mai mult pentru copil. Prezența tatălui este necesară la plimbarea de seară și absolut obligatorie în zilele de sărbătoare și de vacanță. Să fie prezentă comunitatea: MAMĂ-COPIL-TATĂ.

• *Consultul medical este obligatoriu.* Chiar dacă sugarul este sănătos, la sfârșitul anului are nevoie de un consult medical amănunțit, care să facă bilanțul dezvoltării fizice și psihice din perioada de sugar și să fixeze jaloanele pentru etapa următoare.

La un an se administrează 200 000 u. i. vitamina D pe gură în cazul în care nu s-a făcut profilaxia rahitismului prin administrare zilnică. Se continuă, la cei la care s-a început, administrarea de fluor.

3.12. **Gimnastica sugarului**

• Orice copil are nevoie, în afară de o alimentaţie corectă şi de îngrijiri corespunzătoare, de multă mişcare. Sugarul sănătos face "gimnastică" din proprie iniţiativă: dă din picioare şi din mâini etc., cu condiţia ca mişcările să nu-i fie îngrădite de o îmbrăcăminte incomodă (prea strâmtă, prea largă, prea groasă etc.). Cu cât sugarul se mişcă mai de timpuriu şi mai mult, cu atât el se dezvoltă mai bine.

Mama poate executa cu sugarul diferite exerciţii de gimnastică, încurajând nevoia lui firească de mişcare. Va avea grijă să solicite în mod uniform toate grupele musculare, alternând diferitele tipuri de exerciţii.

Gimnastica sugarului se va începe numai după ce a împlinit 3 luni. Se va practica numai cu copii născuţi la termen. Pentru prematuri se va cere sfatul medicului. Se înţelege că la sugarul bolnav, febril, gimnastica este contraindicată.

Momentul cel mai potrivit pentru gimnastică este înainte de baia zilnică de curăţenie sau înaintea uneia dintre mese. Camera trebuie să fie bine încălzită. În anotimpul rece se poate pune în apropierea sugarului un radiator electric. În zilele călduroase de vară, gimnastica se poate face afară sau în faţa unei ferestre larg deschise.

Exerciţiile se execută cel mai bine pe un plan dur (masa de înfăşat; o masă oarecare, acoperită cu o pătură care să nu alunece, deasupra căreia se întinde un scutec sau un cearşaf curat). Copilul nu va fi lăsat nici un moment nesupravegheat.

Mişcările vor fi executate cu blândeţe, crescând treptat în intensitate şi amploare. Nu se va încerca să se învingă cu bruscheţe opoziţia sugarului. Articulaţiile, aparatul ligamentar şi musculatura copilului sunt încă fragile.

În principiu, gimnastica urmăreşte să favorizeze trecerea de la motricitatea necoordonată, descrisă în primele luni de viaţă, la motricitatea voluntară corespunzătoare maturării treptate a sistemului nervos.

Se va avea grijă să nu se exagereze din dorinţa de a face bine copilului. Se recomandă ca înainte de începerea "şedinţelor" de gimnastică, să fie cerut sfatul unui medic sau unui cadru calificat în acest sens. Nu toţi sugarii beneficiază de gimnastică.

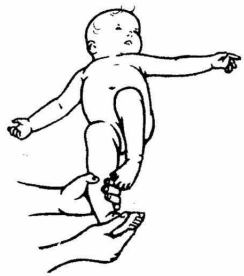


Fig. 3.27 – Mişcarea de rotaţie. Mama cuprinde cu mâna stângă gamba sugarului, cu cealaltă apucă piciorul şi execută mişcări de rotaţie în ambele sensuri (8-10 mişcări pentru fiecare picior).

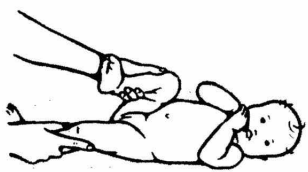


Fig. 3.28 – Se execută flexia şi extensia succesivă a membrelor inferioare, într-un ritm lent. Se poate vorbi sau cânta cu copilul, pentru a sublinia ritmul mişcării şi a spori plăcerea de a participa la exerciţiu.

Fig. 3.29 – Aceeaşi mişcare (flexie-extensie) se execută concomitent cu ambele picioare, exercitând şi o uşoară presiune asupra abdomenului.

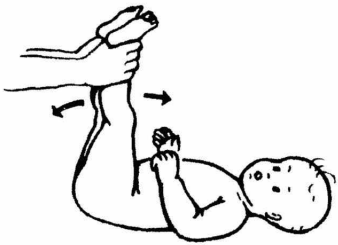


Fig. 3.30 – Flexia şi extensia din articulaţia şoldului.

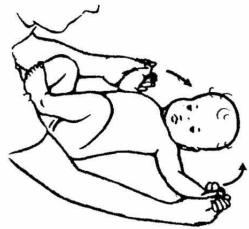


Fig. 3.32 – Mama apucă mâinile sugarului punând degetul mare în palma acestuia. Duce braţele lateral pe lângă cap, apoi în sus, în poziţie verticală faţă de planul mesei şi le aduce de-a lungul corpului. Repetă mişcările de 6-8 ori (începând din luna a VI-a).

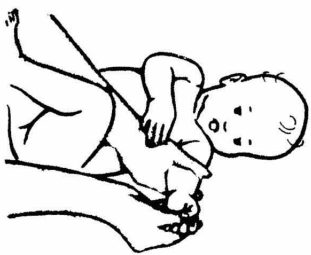


Fig. 3.31 – Mişcarea de rotaţie a mâinii se face la fel ca cea a piciorului.

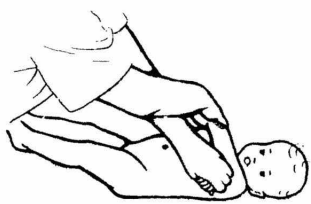


Fig. 3.33 – Braţele sugarului se întind lateral pe linia umerilor. Apoi se aduc în faţă, încrucişându-se deasupra pieptului copilului.

a

b

Fig. 3.34 – a, b – Tracţiune din poziţia culcat pe spate, până în poziţia şezând. Este menţinut 1-2 secunde în această poziţie, apoi culcat încet la loc, având grijă să nu se lovească la cap.

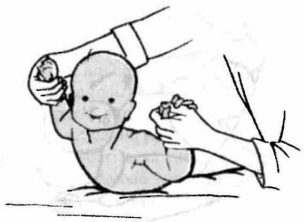


Fig. 3.35 – Pentru întărirea muşchilor spatelui (după 5 luni) se cuprind articulaţiile pumnului sugarului care este culcat pe abdomen. Braţele se depărtează lateral, apoi se ridică trunchiul sugarului la 20-25 cm deasupra planului mesei; se menţine câteva momente în această poziţie, apoi se readuce uşor în poziţia iniţială. La început ridicarea trunchiului sugarului se face cuprinzând articulaţiile umărului sau rădăcinile braţelor.

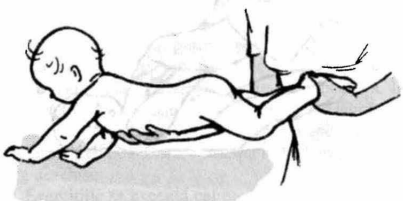


Fig. 3.36 – Exerciţiul "roaba" pentru sugarul trecut de 9 luni, care a început să umble în patru labe.

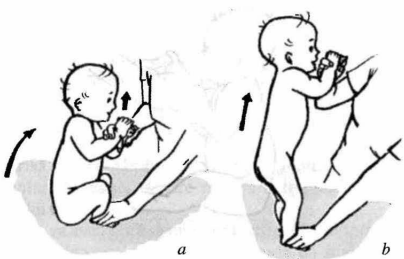


Fig. 3.37 – Exerciţii care stimulează ridicarea în picioare (pentru sugarul între 9 şi 12 luni).

Exerciţiile descrise şi ilustrate în acest capitol sunt exclusiv mijloace de prevenire a unor deficienţe de creştere şi posturale (de poziţie). Pentru copiii care prezintă unele defecte de motricitate (hipotonii sau spasticităţi înnăscute sau apărute în urma unor boli), gimnastica va fi îndrumată sau chiar efectuată de cadre de specialitate.

Exerciţiile de gimnastică pe care le recomandăm pentru sugarul sănătos vor fi efectuate de mamă sau de persoana care îngrijeşte sugarul, în aceeaşi secvenţă. Se va începe cu cele mai simple. Se va vorbi tot timpul cu sugarul, încurajându-l, chiar dacă la început opune oarecare rezistenţă şi plânge. După câteva şedinţe, copilul va participa "activ".

Un exerciţiu nu va dura mai mult de 1-3 minute, după care se poate face o mică pauză, în timpul căreia copilul va fi învelit cu un scutec moale, pentru a nu răci. Durata unei şedinţe este la început de 3 minute, apoi poate creşte treptat până la 15 minute. Această durată nu va fi depăşită, deoarece sugarul se mişcă şi singur. Se va observa că prin stimularea plăcerii de mişcare, prin exerciţiile sistematic efectuate, motricitatea spontană a copilului se va accelera.

Fig. 3.38 – Mersul în picioare cu braţele întinse; păşeşte fie pe vârfuri, fie aplicând ambele plante.

3.13. **Jocul și jucăriile**

• *Jocul* nu este o pierdere de vreme, ci are semnificația unei preocupări serioase, fiind tot atât de important pentru copil, ca și munca pentru adult. Jocul înseamnă un prilej de a mări îndemânarea, de a cultiva imaginația și puterea de concentrare a copilului. Astfel, jocul contribuie la dezvoltarea globală a copilului. Părinții sunt datori să asigure sugarului timp și liniște pentru joc, precum și jucării adecvate.

Perioada 2-4 luni. Încă din luna a II-a, când sugarii se trezesc din somn sau după ce mănâncă, mai ales în orele de după amiază, ei încep să dea dovadă de atenție și de dorință de societate. Între luna a II-a și a IV-a, le place să observe obiecte care se mișcă și obiecte de culoare vie. Când sunt afară, se uită la frunzele și umbrele copacilor; în casă, își privesc mâna sau desenele de pe pereți. Se vor suspenda obiecte colorate de marginea de sus a laturilor patului, dar nu deasupra nasului, ci în dreptul mâinilor sugarului. Mama însăși poate înșira pe o sfoară diferite cartonașe colorate. De mult succes se bucură unele obiecte din material plastic sau din cauciuc colorate (cești, solnițe, linguriță), atârnate pe o sfoară de marginile patului, animale care cântă.

Perioada 4-9 luni. Capacitatea de a se juca se lărgește de îndată ce sugarul învață să apuce. De acum încolo el caută forme de joacă noi, care să-i ofere satisfacții sporite. Apucă obiecte, le pipăie, le strânge în mâini, le aruncă și încearcă să le apuce din nou. Obiectele sunt mișcate încoace și încolo, sugarul se ocupă tot mai mult de ele. La această vârstă, interesează în mod preponderent: o jucărie sunătoare, cuburi, bețe, cutii bine închise, o rățușcă.

În legătură cu sensul jocului, au apărut numeroase teorii. La vârsta de 8-9 luni ne putem da seama cel mai ușor că nu numai excesul de energie sau plăcerea de a acționa sunt forțele motrice ale jocului. Perseverența, seriozitatea și participarea afectivă a sugarului ne fac să presupunem că este vorba de trăiri de o importanță fundamentală. Nu se știe sigur ce se petrece în mica făptură, dar bănuim ceva din ceea ce îl satisface și pe omul matur, sănătos, anume că activitatea și faptul că e familiarizat cu ceea ce face îi oferă plăcere, bucurie, că mai importantă este trăirea decât exersarea, latura formativă a jocului.

Perioada 9-12 luni. Jocurile de "apucare" ale sugarului de 9-10 luni arată îndemânarea sa crescândă. Șezând, sugarul poate întinde în jurul lui o mulțime de obiecte, jucându-se pe rând cu ele. La un an, el poate urmări ce se întâmplă cu jucăriile. Trage spre el un animal pe rotițe și-l lasă să plece iar, se bucură de "hopa Mitică" și de zgomotul pe care-l face. "Prelucrează" o cutie metalică cu o lingură de lemn. Cu multă pasiune introduce obiecte mai mici în altele mai mari. Se recomandă așa-numitele "piramide din cuburi". Cu multă plăcere, joacă cu un adult jocul "cucu-bau".

În general, obiectele foarte simple îi oferă noi posibilități de a se juca. Este fascinat de posibilitatea de a introduce un obiect în altul. Cuburile compacte sau goale, ca și diverse obiecte de bucătărie, îi fac plăcere. Ocupația preferată rămâne golirea și "rearanjarea" sertarelor. Îi plac unele obiecte mari, pe care se poate urca sau pe care le poate deplasa. De o simpatie deosebită se bucură jucăriile pe care le poate trage după el, de o sfoară, permițându-i să meargă și să se joace în același timp. Încep să-l intereseze cărțile simple, cu animale frumos colorate.

În al II-lea an de viață copilul va fi captivat de apă și nisip; jocul este și mai interesant când are la îndemână câteva obiecte simple (sită, lopățică, greblă, găleată etc.).

• *Jucării adecvate sugarului.* Jucăriile trebuie să fie totdeauna curate și cu discernământ selecționate (forma, mărimea și materialul), încât copilul să nu se poată răni.

Pentru protejarea dezvoltării psihice, se vor da jucării simple și nu mai mult de 1-2 bucăți deodată. Suprainzestrarea cu jucării este la fel de dăunătoare ca suprastimularea.

Nu se vor lăsa la îndemâna sugarului obiecte acoperite cu vopsea care conțin plumb; jucării de celuloid care se pot sparge în bucăți mici tăioase când sugarul le bagă în gură; bile de sticlă, rulmenți de metal, nasturi, "jucării" pe care copilul le poate inhala, riscând să se sufoce (fig. 3.39); obiecte tăioase sau ascuțite (ace, furculițe, cuie, cuțite); păpuși sau obiecte de îmbrăcăminte din lână de angora; jucării ale fraților mai mari (pericol de infecție); flacoane sau sticle cu medicamente, oricât de ermetic ar părea închise; orice jucării care nu se pot spăla.

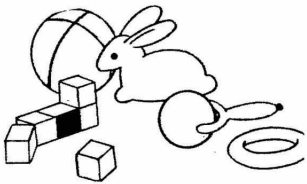


Fig. 3.39 – Jucării pentru sugarul mare şi copilul mic.

Ţarcul constituie cadrul cel mai comod şi mai sigur pentru un sugar de 7-12 luni, a cărui mamă se ocupă de gospodărie şi de alţi copii.

Dacă se cumpără jucării, se ţine seama, de acum încolo, că un copil are nevoie, până la vârsta şcolară, de jucării care trebuie să realizeze trei condiţii: de mişcare, de elaborare şi de a fi iubite. De aceea este bine să primească în curând o păpuşă sau un urs.

Mai ales după un an, existenţa unei "expoziţii" de jucării sau de păpuşi, aşa cum se obişnuieşte în unele familii, are efecte negative asupra comportamentului şi caracterului copiilor.

• *Jocul cu fraţii.* Dacă fraţii sunt cu câţiva ani mai mari, jocul este permis, dar cu următoarele precizări: nu-l vor lua în braţe; nu-l vor purta pe scări; nu-i vor băga nimic în gură. Copiii sub 3 ani se vor juca cu cel mai mic numai sub directa supraveghere a părinţilor.

• *Încăperea* în care se joacă copiii va îndeplini următoarele condiţii: ferestrele vor fi bine închise; prizele electrice vor avea dispozitive de siguranţă (fig. 3.40). Nu vor rămâne la dispoziţia copiilor obiecte ascuţite, pungi de plastic, substanţe de uz casnic, potenţial toxice (detergenţi, insecticide, băuturi alcoolice); mobilierul va fi redus la minimum necesar; podeaua nu va fi alunecoasă; în camera respectivă să nu fie vase cu apă clocotită (vezi fig. 33.41); copiii nu vor avea acces la balcon.

• *Rolul părinţilor.* Din luna a II-a, părinţii îşi pot programa, la o anumită oră din zi, o perioadă scurtă pentru joc, în care copilul să simtă şi să savureze atenţia şi căldura afecţiunii.

• *Accidente.* Copilul începe să se mişte (de-a buşilea; sprijinit de mobilă; încearcă să escaladeze patul) şi duce totul la gură. Atragem atenţia asupra unor greşeli şi

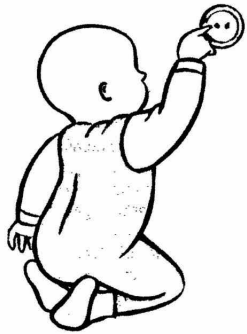


Fig. 3.40 – Prizele electrice accesibile sugarului sunt periculoase.

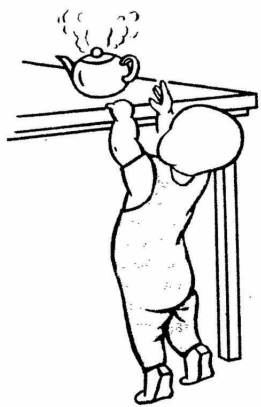


Fig. 3.41 – Pericol de opărire cu lichide fierbinţi.

pericole: a) imobilizarea în hamuri sau "legat" de pat (pericol de strangulare) (vezi fig. 3.42); b) încuiat singur în casă cu focul aprins în sobă sau la aragaz; c) obiecte de joc "sunătoare" (dacă se sparg, bilele ajung la dispoziţia copilului, care le duce la gură, le poate aspira pe trahee, ducând la sufocare) (fig. 3.42); d) coji de

pâine, cornuri sau bucăţi mari de mere; actul masticaţiei şi înghiţirii nu sunt maturate; am asistat la decesul unor copii care s-au înecat cu coji de pâine sau fragmente de cornuri; e) perne de puf – sau pungi de plastic – în patul copiilor.

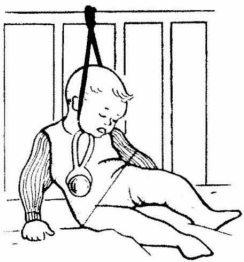


Fig. 3.42 – Strangularea.

Fig. 3.43 – Pericol de asfixie.

4 COPILUL DE LA 1 LA 6 ANI

4.1. Copilul mic (1–3 ani)

4.1.1. *Relațiile dintre părinți și copii*

Pentru dezvoltarea posibilităților fizice și sufletești, copilul are nevoie de spațiu interior și exterior, de sentimentul de libertate. Pentru educația copilului este necesară multă răbdare. Trebuie combătute cele două tendințe extreme:

a) Unii părinți cred că, după împlinirea vârstei de un an "copilul s-a făcut mare", nu mai are nevoie de atenție și îngrijiri deosebite. Este lăsat puțin de "capul lui prin casă", părinții având numai grija îmbrăcămintei și a mâncării. Or, tocmai acum copilul are nevoie de afecțiunea și de prezența părinților, mai ales pentru dezvoltarea unor noi activități proprii (mers, îndemânare, vorbire etc.) și pentru cunoașterea lumii înconjurătoare. Îndeosebi în prima etapă copilul este "umbra mamei". Chiar în mentalitatea corpului medical se observă uneori o oarecare subestimare în privința importanței pe care o are urmărirea continuă a dezvoltării copilului mic. Unii medici se ocupă, de obicei, de copilul mic numai în perioadele vaccinărilor și cu prilejul îmbolnăvirilor.

b) A doua extremă este oferită de mama care nu reușește nici la 3-4 ani să se dezlipească de copil, lipsindu-l de posibilitatea de a-și dezvolta forțele pentru cucerirea mediului înconjurător. Mulți copii sunt insuficient pregătiți pentru viață, pentru că părinții nu se pot hotărî să-i lase să se desfășoare, să le satisfacă nevoia de mișcare și de explorare a lumii înconjurătoare.

Maturarea creierului și a căilor nervoase duce la o mai bună stăpânire a mișcărilor corpului.

Nevoia de mișcare domină întreaga perioadă a copilului mic. Trebuie înțeleasă prin prisma dorinței de a-și folosi și stăpâni mușchii în toate felurile. Ei aleargă, cotrobăiesc, se cațără peste tot. Fără să-și dea seama, urmează dictonul că "exercițiul face pe maestru". Chiar dacă se întâmplă să cadă, copilul reîncepe mereu ce și-a propus, pentru ca după reușită să înceapă altceva. La sfârșitul perioadei de copil mic, el este în stare să execute la comandă mișcări sistematice.

Impresionează vioiciunea și vitalitatea lui. Reușește să "dea gata" toată familia. Dintr-o nevoie interioară, el este mereu activ. Cu toate acestea, plimbările mai lungi îl obosesc, nu corespund nevoilor lui naturale. La început mișcările sunt stângace, neîndemânatice; apoi sunt domoale, grațioase, treptat devin coordonate.

Mersul și mișcările mâinilor sunt mai sigure, ceea ce îl face să se miște tot timpul, să-și perfecționeze mersul, apucarea, capacitatea de a explora și cunoaște mai mult. Această mobilitate, prin primejdiile pe care le implică, antrenează o schimbare în relațiile cu adulții și îndeosebi cu mama. Până acum raporturile dintre mamă și copil se limitau la îngrijiri, încurajări, mângâieri. De acum înainte părinții adaugă în raporturile lor cu copilul interdicția: NU. Consecințele psihologice ale acestei frânări sunt importante. Părinții sunt datori să folosească cu tact și discernământ orice interdicție. În primii 3 ani de viață bătaia, certurile, brutalitățile sunt interzise. Este necesar ca un copil să cunoască limitele desfășurării personalității sale (mișcare, joc, refuz etc.), dar absolut necesare sunt: încurajarea, lauda, disponibilitatea de a-l înțelege și de a-l sprijini în tot ce face.

4.1.2. *Dezvoltarea fizică (creșterea)*

Greutatea. Creșterea este de circa 200-250 g pe lună, respectiv 2,5-3 kg într-un an. Unii părinți se neliniștesc de faptul că trec uneori luni de zile și greutatea "rămâne pe loc". Mai ales la copiii vioi, jucăuși, creșterea este mai lentă. Nu are importanță prea mare greutatea în cazul în care copiii respectivi sunt sănătoși, cu mucoase

bine colorate, cu obrajii roşii, cu privirea vie, cu muşchi bine întinşi ("carnea tare"), cu mişcări suple, veseli, cu poftă de mâncare şi somn liniştit. Mai multe probleme se pun la copiii prea graşi decât la cei slabi.

Creşterea în înălţime este de 12 cm. Creşterea este din ce în ce mai înceată; uneori staţionează luni întregi. De abia la prepubertate şi pubertate va reapărea un salt al creşterii. Consumul de proteine animale, de vitamine şi săruri minerale (fructe şi zarzavaturi) influenţează creşterea, dar rolul eredităţii este covârşitor!

Creşterea taliei este mai importantă. Cifrele[1] de mai jos sunt orientative, cu mari variaţii de la un copil la altul; medicul este singurul în măsură să le interpreteze. Părinţii sunt datori să consemneze în caietul copilului cifrele greutăţii (uneori nu se schimbă câteva luni în şir!) şi ale taliei la 15 luni, 18 luni şi la 24 de luni.

Iată în rezumat, evoluţia dezvoltării fizice şi psihomotorii:

La 15 luni:

Greutate:
- băieţi: mediul urban = 10,70 kg (± 1,02)
  mediul rural = 10,50 kg (± 1,13)
- fete: mediul urban = 10,14 kg (± 0,95)
  mediul rural = 10,01 kg (± 1,05)

Talie (înălţime):
- băieţi: mediul urban = 78,34 cm (± 3,72)
  mediul rural = 77,42 cm (± 3,75)
- fete: mediul urban = 76,86 cm (± 3,71)
  mediul rural = 76,12 cm (± 3,61)

La 18 luni

Greutate:
- băieţi: mediul urban = 11,31 kg (± 1,05)
  mediul rural = 11,24 kg (± 1,14)
- fete: mediul urban = 11,89 kg (± 1,18)
  mediul rural = 10,67 kg (± 1,21)

Talie (înălţime):
- băieţi: mediul urban = 80,93 cm (± 3,54)
  mediul rural = 80,47 cm (± 4,29)
- fete: mediul urban = 80,03 cm (± 3,80)
  mediul rural = 78,93 cm (± 4,28)

La 24 luni (2 ani)

Greutate:
- băieţi: mediul urban = 12,52 kg (± 1,08)
  mediul rural = 12,33 kg (± 1,30)
- fete: mediul urban = 12,08 kg (± 1,15)
  mediul rural = 11,74 kg (± 1,37)

Talie (înălţime):
- băieţi: mediul urban = 86,19 cm (± 3,47)
  mediul rural = 85,08 cm (± 4,48)
- fete: mediul urban = 84,87 cm (± 3,78)
  mediul rural = 83,81 cm (± 4,27)

La 30 luni (2 ½ ani)

Greutate:
- băieţi: mediul urban = 13,70 kg (± 3,80)
  mediul rural = 13,32 kg (± 1,37)
- fete: mediul urban = 13,20 kg (± 1,25)
  mediul rural = 12,82 kg (± 1,50)

Talie (înălţime):
- băieţi: mediul urban = 90,53 cm (± 3,80)
  mediul rural = 88,71 cm (± 4,75)
- fete: mediul urban = 89,40 cm (± 3,90)
  mediul rural = 88,56 cm (± 4,68)

La 36 luni (3 ani)

Greutatea:
- băieţi: mediul urban = 14,67 kg (± 1,39)
  mediul rural = 14,28 kg (± 1,46)
- fete: mediul urban = 14,12 kg (± 1,26)
  mediul rural = 13,75 kg (± 1,43)

Talie:
- băieţi: mediul urban = 94,84 cm (± 4,26)
  mediul rural = 93,55 cm (± 4,51)
- fete: mediul urban = 93,35 cm (± 4,01)
  mediul rural = 92,33 cm (± 4,33)

Dentiţia. Incisivii laterali apar între 10 luni şi 1 an; între 1 an şi 18 luni apar primii 4 premolari; în sfârşit, între 16 şi 24 de luni apar caninii. Ordinea de erupţie poate fi neregulată. Şi la această vârstă erupţia dentară se poate însoţi – la unii copii – de durere locală, de o secreţie salivară mai abundentă, de iritabilitate, de scăderea apetitului. Este însă o greşeală să se pună pe seama erupţiei dentare tulburări mai serioase ca: febra, îmbolnăvirile mai grave, diareile, insomniile.

4.1.3. *Dezvoltarea psihomotorie*

Creşterea creierului este mai lentă. Dacă perimetrul cranian a crescut cu 12 cm în primul an, în al II-lea an el creşte cu 2 cm. La sfârşitul primului an creierul are aproximativ 3/5, iar la sfârşitul celui de al II-lea an 4/5 din volumul creierului adultului.

[1] După Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Bucureşti.

Motricitatea. Nevoia de mișcare s-a manifestat încă din perioada de sugar. În cel de al II-lea an, această nevoie se accentuează. Copilul se târăște, se agață, merge de-a bușilea, se "plimbă" prin toată camera. Către vârsta de 1 an și în trimestrul al V-lea de viață face primele încercări de a păși, susținut de cineva. Se încumetă să se deplaseze singur de la o mobilă la alta, se amuză chiar să se sprijine pe ambele picioare și să rămână astfel câteva momente; se clatină, șovăie. Este momentul în care trebuie învățat să meargă.

Copilul poate fi sprijinit ținându-l la început de umeri sau axile, apoi de mâini, cu brațele întinse în sus, iar după aceea, poate fi ajutat, ținut numai de o mână. După câteva săptămâni de "antrenament" reușește să meargă singur. Cade des; dacă se lovește mai violent, dorința de a merge este amânată pentru câtva timp. Timp de câteva luni, el merge cu picioarele depărtate (cu bază largă de susținere), uneori cu brațele întinse pentru a-și menține echilibrul. (La 1 ½ ani începe să alerge câte puțin, flectând picioarele; la 2 ani aleargă cu ușurință.)

Cei mai mulți au încă un mers nesigur și de aceea își satisfac nevoia de mișcare, deplasându-se în 4 labe.

Dacă intervin incidente, stagnări, scurte perioade de regresiune, părinții nu vor intra în panică, nu-l vor forța. Orice progres trebuie să vină de la sine. Nici o maturație nu urmează un ritm absolut regulat. La fiecare cădere, copilul va fi calmat, încurajat. Reacțiile părinților sunt foarte importante în elaborarea personalității lui. O cădere violentă, o "ceartă" a tatălui, o reacție catastrofică a mamei la insuccesele copilului amână cucerirea posibilității de a merge. În general, la 12-15 luni copilul este capabil să meargă singur; la 18 luni poate chiar să fugă greoi. La 18 luni poate urca pe scări, ținut de o mână, treaptă cu treaptă. La 20 de luni poate să coboare ținut de o mână și chiar să se urce ținându-se de balustradă. La 24 de luni poate fugi bine, având însă tendința de a cădea des. Între 18 și 24 luni este vârsta de "umblat de colo până colo" și de aceea necesită o supraveghere permanentă.

Între 10 luni și 14 luni, din poziția verticală, sprijinindu-se cu o mână (de gratiile patului, ajutat de un adult etc.), copilul se apleacă și cu cealaltă mână ridică o jucărie fără să-și piardă echilibrul. Spre 15 luni, de cele mai multe ori, fără să se mai sprijine, reușește să ridice un obiect. Între 1 ½ ți 2 ani apucă și aruncă mingea cu ambele mâini și apoi o rostogolește cu piciorul. Între 2 și 3 ani prinde și aruncă mingea spre mamă. Execută mici ordine și reușește să aducă un pahar cu apă fără să-l verse.

Paralel cu perfecționarea motricității generale (globale) se dezvoltă și motricitatea fină. Copilul devine din ce în ce mai îndemânatic! Am văzut că la sfârșitul primului an de viață reușește să apuce obiectele mici cu vârful degetelor. Acum se apropie de orice obiect, îl apucă, fie cu toată mâna, fie cu degetele, și adesea îl duce la gură. Gura rămâne încă un organ de cunoaștere!

Fig. 4.1 – Către vârsta de 2 ani mersul este mai sigur; copilul poate lovi un balon cu piciorul.

Fig. 4.2 – Începe să-i facă plăcere să tragă o jucărie după el.

Fig. 4.3 – În tentativele de a merge, deseori se dezechilibrează şi cade.

Fig. 4.4 – Scotoceşte peste tot.

Alteori, după ce apucă un obiect, loveşte cu el, îl lasă din nou să cadă, îl aruncă sau îl aşează în altă parte. Scotoceşte prin sertare, dulapuri, coşul de hârtii etc. scoţând obiectele. Descoperă scame, gunoaie, firimituri. Apare pericolul accidentelor şi intoxicaţiilor! Se află într-o fază de cercetare, de exersare continuă, resimţită de către adulţi ca obositoare şi chiar supărătoare. Intervenţia lor pentru a-l struni, de a încerca prin cuvinte şi mijloace mai viguroase, de a-l "face cuminte" au ca efect nu frânarea, ci accentuarea reacţiilor de negativism. Este mai bine ca, în această fază în care copilul cucereşte spaţiul din jurul lui într-un mod supărător pentru adulţi, "activitatea" lui să fie canalizată spre jocuri sau acţiuni comune. Are nevoie de această perioadă de căutări, pentru a avea mai târziu o îndemânare corespunzătoare şi o dorinţă sănătoasă de a munci, precum şi de timp pentru a învăţa să înţeleagă ordinea din lumea adulţilor.

4.1.3.1. *Motricitatea generală şi fină*

La 15 luni

Se ridică singur, dar mai cade când terenul este denivelat.

– Îngenunchează singur.

– Urcă singur pe scări "în patru labe"; susţinut de o mână, urcă pe scări cu un singur picior (nu le alternează).

– Merge singur; pentru a-şi menţine echilibrul îşi ţine gambele îndepărtate, le ridică sus şi face paşi inegali. Preferă să se deplaseze în "4 labe".

– Apucă obiecte mici (bile, pietre, nasturi); cu două degete le adună şi le aruncă.

– Construieşte un turn cu două cuburi.

– Deschide cutii.

– Pune degetul în orificii.

– Ridică şi mută dintr-un loc în altul obiecte din cameră, îndeosebi încălţămintea.

– Face zgomot, loveşte obiectele, uneori şi zidurile.

– Face jocuri cu mâinile în oglindă.

La 18 luni

– Merge singur, cade foarte rar.

– Urcă scările fără ajutor, sprijinindu-se de rampă; nu alternează picioarele.

– Se urcă pe un scaun; se agaţă de el şi se aşează; încearcă chiar dacă scaunul este disproporţionat de înalt faţă de puterea lui.

– Se luptă şi încearcă să cucerească mediul fizic: se agaţă de mobile, încearcă să deschidă uşile, scotoceşte peste tot, împinge mobile uşoare prin cameră, "plimbă" prin curte orice-i vine în cale (pietre, mături, obiecte mici, jucării). Urcă şi coboară mereu câteva scări.

– Execută ordine simple.

– Se murdăreşte cu noroi, "zugrăveşte" zidurile cu noroi, cu materii fecale etc.

– Începe să aibă preferinţă pentru o anumită jucărie: un ursuleţ, o păpuşă sau un "fleac" ca o cârpă colorată, o cutie de chibrituri. Vrea să nu se despartă de ele şi uneori adoarme cu ele.

– Are instabilitate motorie şi de preocupări. "Nu stă locului". Atenţia trece rapid de la un obiect la altul. Nu-i plac jocurile statice sau cât de cât "organizate" de adulţi. Pasiunea lui este să mişte mereu, să exploreze peste tot prin dulapuri, cotloane, prin iarbă, să descopere cele mai mici obiecte (scame, gunoaie etc.). Este o perioadă de mari pericole pentru accidente (prize electrice, apă fiartă, căderi, rostogoliri de obiecte mari, înţepături, tăieturi), intoxicaţii (medicamente, cosmetice, produse de uz casnic etc.).

– Învaţă să mânuiască obiecte din ce în ce mai mici.

– "Experimentează", aruncând sau lăsând să cadă jucării sau obiecte pe jos. Deschide şi închide poarta; împinge, rostogoleşte sau trage de sfoară jucăriile. Anticipează mişcările (poate utiliza un baston pentru a-şi însuşi un obiect sau trage o faţă de masă pe care se găseşte o jucărie).

Fig. 4.5 – Ştie să ţină linguriţa; o umple dar nu reuşeşte să o ducă, plină, la gură.

– Încearcă să se folosească de linguriţă; o umple dar nu reuşeşte să o ducă la gură, plină.

– În general îl interesează numai performanţele motorii.

La 24 luni (2 ani)

–Aleargă fără să se mai împiedice.

– Merge de-a îndăratelea.

– Adună obiecte de pe jos fără a cădea.

– Urcă şi coboară scările, punând un picior după altul pe fiecare treaptă şi susţinându-se de balustradă.

– Aleargă şi loveşte o minge fără a cădea.

– Poate sări în mod rudimentar, dar adesea cade, corpul său fiind propulsat înainte.

– Combină jocuri, construieşte un turn de 4-6 cuburi în echilibru.

– Îi place să se joace în nisip şi foloseşte bine lopăţica, grebla, căruţe, strâchini.

– Întoarce foile unei cărţi una câte una.

Fig. 4.6 – Întoarce foile unei cărţi, una câte una.

– Foloseşte clanţa uşii şi întoarce cheia în broască.

– Îmbracă cu ajutor din partea părinţilor: ciorapi, încălţămintea, cămaşa, pantalonii.

– Se spală pe mâini singur, dar se şterge cu ajutorul părinţilor.

Fig. 4.7 – Ţine creionul cu toată mâna, în poziţie verticală şi trasează linii nesigure. De altfel nu pune preţ pe ceea ce "scrie" şi şifonează hârtia cu aceeaşi plăcere cu care a mâzgălit-o.

– Bea dintr-o cană ţinută cu o singură mână.

– Nu reuşeşte să mănânce cu linguriţa fără a "vărsa" şi pe jos.

La 30 luni (2 ½ ani)

– Merge pe vârfurile picioarelor, dacă i se cere.

Fig. 4.8 – Spre vârsta de 2 ½ - 3 ani îi place să alerge; este capabil să privească la dreapta și la stânga.

– La plimbare îi place să fugă, nu mai cade, este capabil să privească la dreapta și la stânga.
– Sare cu picioarele lipite.
– Poate duce un pahar plin fără a-l răsturna.
– Se plimbă pe tricicletă.
– Poate lansa o minge mare ușoară la distanța de 1-2 metri; o joacă cu piciorul, fără a o "nimeri" întotdeauna.
– Construiește un turn de 6-8 cuburi.
– Ține un creion cu degetele; creionul este ținut vertical (nu înclinat, cum o va face mai târziu) și trasează linii verticale sau orizontale (fig. 4.7).

La 36 luni (3 ani)

Este vârsta unui fel de "majorat" cum spune Gesell.

Copilul poate fi dus la grădiniță!

- Se ține vertical într-un singur picior pentru scurt timp.
- Urcă scările alternând picioarele și coboară după ce le aduce pe amândouă pe o singură treaptă; numai circa 25% din copii alternează picioarele și la coborâre. La ultima treaptă sare.

Fig. 4.9 - La 3 ani copilul poate urca scările alternând picioarele.

– Încearcă să danseze (cu oarecare lipsă de echilibru).
– Construiește un turn de 8-10 cuburi.

Fig. 4.10 – Suprapune cu ușurință mai multe cuburi.

– Poate desemna un cerc.
– Se îmbracă și se dezbracă singur; la încheierea nasturilor trebuie încă ajutat. Se încalță singur și unii dintre ei reușesc să-și lege șireturile; majoritatea le dezleagă singuri. Deosebesc încălțămintea stângă de cea dreaptă.
– Bat cu ciocanul și reușesc să bată cuie mari într-un orificiu, într-o crăpătură a unei scânduri.

4.1.3.2. *Dezvoltarea psihică*

Progresele din al 2-lea an de viață s-au pregătit de multă vreme. Încă din ultimele luni ale primului an apare la copil plăcerea de a fi luat în seamă și de a reuși "câte ceva", prin tentative dirijate în mod discret de către mamă. Activitatea se face cu un scop și în anumite condiții: organizarea conduitei în funcție de rezultate. Copilul reîncepe experiențele care i-au reușit și le elimină pe celelalte; mai mult, el introduce variante din ce în ce mai diferențiate. De exemplu, copilul își dă seama că un obiect care cade face un zgomot mereu același; el stabilește relația între cauză și efect. Astfel, se formează judecata care selecționează încercările reușite (motive de plăcere).

Când se poate spune că un copil este întârziat? Atunci când nu îndeplinește câteva condiții minime: *a)* la 2 ani nu pronunță încă 3 cuvinte și nici nu știe să arate prin gesturi două persoane apropiate sau

3-4 obiecte din cameră; *b)* nu se poate aşeza şi ridica singur; *c)* contactul social şi afectiv cu lumea înconjurătoare este atât de slab încât copilul nu poate diferenţia o vorbă blândă de un "nu"! categoric; *d)* nu urmăreşte obiectele situate sau purtate lateral şi nu încearcă să le apuce; *e)* nu trăieşte situaţii "de aşteptare" (jocul "de-a cucu"); *f)* în timpul alimentaţiei nu se stabileşte nici un contact cu persoana care-l hrăneşte; *g)* copilul consumă numai alimente lichide; *h)* nu urmăreşte vorbele, feţele şi activităţile persoanelor din jur.

4.1.4. ***Comportamentul***

a) *Vârsta lui NU ("Neinalter").* Începând din luna a 15-a se anunţă dobândirea lui "nu". Copilul se deplasează "în 4 labe" sau chiar merge nesprijinit, devine mai independent şi câteodată prea curajos; începe reproşurile şi unele mame îl transformă într-un obiect al interdicţiilor. Mama îi spune mereu "nu", "nu", clătinând capul. Copilul o imită, şi acest gest de refuz capătă valoarea unui sens al vorbirii (valoare semantică). Este prima idee abstractă care se cristalizează în gândirea copilului. De acum înainte, copilul poate fi educat. Refuzul mamei, sau interdicţia folosite cu discernământ, fără agresivitate şi numai începând din a doua jumătate a celui de al doilea an, sunt binevenite pentru copil. Formarea eului se întăreşte din frustrări, din refuzuri, capitale pentru dezvoltarea mintală a copilului.

b) *Vârsta distrugerii ("Zerbrechenalter"* după pediatrii germani). Cu mersul lui încă nesigur, copilul răstoarnă sau distruge obiecte, scoate cărţi din bibliotecă, rupe ziare, mâzgăleşte pereţii etc. Văzute prin prisma adulţilor, acestea sunt acţiuni distructive. De aceea s-a şi vorbit despre o fază distructivă, de o "vârstă a distrugerii" sau "vârsta fărădelegilor". Trebuie însă subliniat că la copil nu s-a conturat noţiunea de stricăciune şi de distrugere; el se bucură de toate acţiunile lui, le încearcă neîncetat, cercetând şi cucerind treptat lumea înconjurătoare.

c) *Vârsta întrebărilor.* Începând din al 3-lea an de viaţă şi continuând şi în anii următori, progresele limbajului sunt favorizate de aşa-numita vârstă a lui "de ce"? Prin răspunsuri răbdătoare la întrebările "ce este", "de ce" etc., părinţii vor contribui la crearea echilibrului său interior, siguranţei de sine şi a unor programe vizibile în capacităţile de comunicare şi cunoaştere.

d) *Imaginaţia* devine mai vie şi mai colorată. Se conturează diferenţe individuale, în funcţie de înzestrare şi de mediu. Unii par să aibă o imaginaţie săracă, abia îndrăznesc să părăsească terenul realităţilor sigure, alţii dau drumul fanteziei într-un mod plastic şi viu. La aceştia din urmă există o strânsă legătură între lumea simţurilor şi lumea dorinţelor, putând duce la tot felul de poveşti, invenţii etc. Unii părinţi se sperie văzând în acestea o predispoziţie la "minciună". Înaintând în vârstă, copilul se convinge că povestirile şi relatările lui trebuie să fie adevărate. Dar pentru moment el nu poate face deosebire între realitate, fantezie, aparenţă şi adevăr. Pentru copil, tot ce îl preocupă în interior, este real.

e) *Prima fază de încăpăţânare* (numită astfel pentru a o deosebi de a doua perioadă conflictuală situată la 12-13 ani). Unii autori se întreabă dacă denumirea este fericit aleasă, deoarece "încăpăţânarea" este adesea asociată cu o semnificaţie negativă. S-ar putea vorbi mai degrabă de o perioadă de încercare sau de perseverare pentru consolidarea voinţei care se trezeşte, subliniindu-se mai mult aspectul pozitiv al achiziţiei pentru dezvoltarea generală a copilului. Reacţiile negative ale copilului devin mai frecvente, mai ales în ceea ce priveşte mâncarea, adormirea şi deprinderea de a fi curat. Acest negativism se datoreşte greşelilor şi mai ales rigidităţii părinţilor. După alţi autori, copilul îşi manifestă foarte des încăpăţânarea fără un motiv precis. S-ar părea că încearcă doar să constate cât de mult poate să se opună, să spună nu, să refuze de a face ceea ce i se cere. În realitate, pentru copil este o problemă serioasă de afirmare a propriei personalităţi. S-ar părea că atunci când nu cedează şi nu se supune altora, el caută să vadă dacă mai este iubit.

f) *Spiritul "conservator".* Strâns legată de perioada aceasta a "nu"-ului este tendinţa conservatoare foarte marcată a copilului, care poate îmbrăca forme hazlii sau de încăpăţânare. Copilul manifestă o grijă exagerată ca totul să fie făcut la fel. Masa, îmbrăcarea, culoarea, curăţenia "trebuie" să se desfăşoare într-un anumit fel, cu acelaşi ritual. Mama trebuie să pună lucrurile la loc, deşi el însuşi nu arată tendinţă marcată spre ordine. Cerinţele copilului se adresează celor din jurul lui. Povestea care se spune la culcare trebuie reprodusă

identic cu textul din ziua precedentă. Poate fi repetată la nesfârşit. În felul acesta, copilul verifică "corectitudinea" altora şi savurează propriile sale cunoştinţe. Uniformitatea acestor acte reprezintă pentru copil un punct de siguranţă, de căldură şi de confort sufletesc.

g) *Cel de al treilea an de viaţă* este atât de plin de contradicţii, încât nu este de mirare că dificultăţile enumerate mai sus nu pot fi depăşite cu uşurinţă. Este necesară o mare răbdare şi înţelegere din partea adulţilor. Cei mai mulţi copii se dovedesc receptivi la laude sau critici. De asemenea, deşi sunt conservatori, prezintă un viu interes pentru tot ceea ce este nou, pentru variaţie. Tandreţea şi încrederea se succedă cu momente de refuz total de colaborare, chiar de duşmănie. Dorinţa de a acţiona independent cu orice prilej este din ce în ce mai netă; adesea afirmă "pot şi singur".

Limbajul. În dezvoltarea vorbirii se înregistrează progrese mari. De la pronunţarea de sunete, de exclamaţii, de cuvinte izolate, copilul va trece la elaborarea de propoziţii cu 2-3 sau chiar mai multe cuvinte. Apare un limbaj particular copilului, cu deformări şi invenţii originale, care-i conferă o posibilitate mai largă de exprimare şi de a pune întrebări.

Pentru a numi un obiect, pentru a avea "noţiuni", copilul trebuie mai întâi să înţeleagă. Etapa de cercetare şi cucerire a lumii din jurul lui favorizează mult dezvoltarea limbajului. O altă premisă obligatorie este ca auzul să fie normal. Când, în familie sau în creşă, vorbirea este o verigă permanentă de legătură dintre diferiţii membri, când copilul este înconjurat de o atmosferă de calm, afecţiune şi înţelegere, cele auzite reprezintă un stimul, dezvoltarea vorbirii este favorizată. Dimpotrivă, scandalul, ţipetele, "scenele" fac pe copil să nu înţeleagă, iar cuvintele auzite sunt asociate cu sentimente negative. În astfel de cazuri, se observă întârzieri de vorbire. Trebuie subliniat că la această vârstă copilul trăieşte într-un mod particular denumirile şi numele. Pentru el, numele reprezintă însăşi persoana sau obiectul. Dacă este denumit un animal, o persoană sau un obiect prezent, atunci această prezenţă devine mai vie.

Mai târziu, dacă un adult îi spune denumirea unui obiect, el îl recunoaşte, îl cere sau se deplasează şi-l aduce mamei. Astfel, copilul îşi creează lumea care-l înconjoară, apoi, puţin câte puţin, dă un nume obiectelor şi fiinţelor care populează această lume.

Întârzierea vorbirii. Normal un sugar pronunţă 3-5 cuvinte bisilabice ("ta-ta", "ma-ma", "me-me", "pa-pa") în luna a XII-a, iar la 18 luni are un vocabular de circa 18-20 cuvinte, în general mono- şi bisilabice. Există însă o mare variabilitate în ceea ce priveşte momentul când copilul pronunţă cuvintele şi mai ales vârsta la care începe să vorbească curgător. În practica medicală, întâlnim foarte mulţi copii care nu au "început să vorbească". Adesea medicul, psihologul sau logopedul sunt consultaţi dacă nu este vorba de un copil mut sau înapoiat. Trebuie precizat, de la început, că muţenia nu se întâlneşte decât în cazurile de surditate, de suferinţe grave ale sistemului nervos (hemoragii ale creierului la naştere sau după traumatisme, infecţii grave ale sistemului nervos, unele boli ereditare, intoxicaţii cu unele medicamente). În cazurile de suspiciune de surditate, serviciile de audiometrie din clinicile O.R.L. precizează diagnosticul.

La a doua problemă, dacă întârzierea apariţiei limbajului este un semn de înapoiere mintală, medicul răspunde cu toată circumspecţia după o discuţie amânunţită asupra dezvoltării fizice şi maturării psihice a copilului, urmată de un examen clinic competent. Există un limbaj pasiv (copilul înţelege şi asociază) şi unul activ (exprimarea prin cuvinte). Orice copil care ştie să arate (în jurul vârstei de un an) persoanele din anturajul apropiat sau aduce un obiect cunoscut când i se cere (execută un ordin), va fi considerat, după părerea noastră, ca normal. Am întâlnit copii care până la 24-48 de luni pronunţau puţine cuvinte sau chiar nici măcar un cuvânt, cu ajutorul căruia să comunice vreun gând. Ei auzeau şi ştiau tot ce se vorbeşte, executau mici ordine, îşi exprimau dorinţe sau proteste prin semne, când auzeau ceva ce nu-i privea.

Înainte de a apărea cuvintele convenţionale, unii copii au o întârziere în dezvoltarea vorbirii inteligibile, au un jargon propriu bogat; acest jargon ("pe limba lui") are adesea intonaţiile şi nuanţele vorbirii umane, dar sunetele nu transmit ceva ce poate fi înţeles de cei din jur. Amintim că unele personalităţi ale lumii au vorbit foarte târziu (Lucian Blaga, Thomas Carlyle, Albert Einstein, Thomas Edison etc.).

La copiii normali, la care vorbirea este în întârziere, spre 18-24 de luni survine o schimbare bruscă, încât ajung să pronunţe cuvinte şi să exprime înţelesuri, ca

şi copiii cu vorbire neîntârziată. Astfel, unii "muţi", care de fapt erau copii normali, reuşesc ca la a doua aniversare a zilei de naştere să exprime propoziţii din trei cuvinte. Subiectul acestor propoziţii este adesea "eu" sau numele său. Ca o compensaţie, după ce "şi-au dat drumul", aceşti copii vorbesc toată ziua.

Recomandăm să nu se facă observaţii şi să nu se corecteze cuvintele deformate de copil; totodată adulţii nu vor imita pe copil, întrebuinţând limbajul lui infantil.

Situaţii în care se vorbesc două limbi într-o familie. Aproape în toate cărţile de specialitate se atrage atenţia că, pentru a nu întârzia progresele limbajului la copil, este bine să se vorbească o singură limbă. În ultimul timp se susţine (opinie acceptată şi de autorul acestei cărţi) că unui copil i se poate vorbi de la început în ambele limbi, cu condiţia ca aceeaşi persoană să vorbească în permanenţă în limba respectivă; mama în limba maternă (de exemplu: limba română, maghiară, germană, sârbă), iar tatăl în limba pe care o cunoaşte. În acest fel, copilul se va obişnui din timp să se adreseze şi să răspundă părintelui respectiv, în limba pe care acesta a folosit-o iniţial. Copilul învaţă de la început două limbi, ceea ce prezintă mare importanţă în lumea modernă.

Spre vârsta de 3 ani posibilităţile de exprimare se perfecţionează, mai întâi limbajul înţeles şi apoi cel vorbit (fonetic), care este impresionant de variat. Un copil de care se ocupă părinţii şi care aude cuvinte multe şi variate în familie (fraţi!) posedă un bagaj lexical mai bogat decât cei care sunt îndemnaţi să înveţe. Propoziţiile se structurează puţin câte puţin, dar sunt încă "agramaticale". Copilul face "greşeli" în ceea ce priveşte succesiunea cuvintelor, nu le uneşte, nu pronunţă prepoziţii şi conjuncţii. Propoziţiile sunt scurte.

4.1.5. Limbajul şi sensibilitatea normale între 1 şi 3 ani (schema)

La 15 luni

– Ştie să arate obiecte şi persoane cunoscute. Dacă i se cere "aduce" obiectele pe care le poate duce.

– Bagajul de cuvinte "înţelese" este de câteva zeci, în timp ce limbajul vorbit (lexical) nu depăşeşte la unii copii 10 cuvinte.

– Apare începutul vârstei lui "nu".

– Încearcă să mănânce singur. Ţine ceaşca înconjurând-o cu degetele de la ambele mâini. Foarte des o înclină şi o varsă.

– Scufundă linguriţa în castronaş, dar nu o umple bine. Adesea o varsă înainte de a o duce la gură.

La 18 luni (1 ½ ani)

– Înţelegerea se dezvoltă mai rapid decât expresia.

– Bagajul de cuvinte este de 10-20 de cuvinte. Repetă cuvinte cu 2 silabe. Are memoria a circa 200 cuvinte (le înţelege, dar pronunţă numai câteva!).

– Reacţionează când se face "pa-pa", se leagănă.

– Subliniază cuvintele prin gesturi.

– Este foarte tandru cu mama: este "umbra" mamei pe care doreşte să o aibă mereu în "societatea" lui.

– Arată animale (la început pe cele cunoscute şi în mediul lui înconjurător: pisica, câinele, calul, păsări etc.) şi obiecte, îndeosebi maşinile.

– Foloseşte propoziţii compuse numai din adjective şi nume (fără predicat). Pronunţă numai cuvinte concrete (câteva părţi ale corpului, obiecte din cameră, îmbrăcăminte).

– Arată obiecte simple: încălţămintea, maşini, baloane, păpuşi etc.

– La cerere poate atinge organe ale corpului său, ale mamei: nas, gură, ochi.

– Execută ordine simple: "adu maşina la mama" etc.

– Unii încep să spună când "s-au udat"; este primul semn al controlului sfincterelor. Cei care au fraţi mai mari se vor deprinde mai repede să folosească oliţa. Imitaţia este superioară tuturor celorlalte "metode" de a-l face pe copil să fie curat!

– Începe să se "alinte" şi să facă "mofturi" la masă, prelungind-o.

– Oboseala, somnul, singurătatea şi-o manifestă prin suptul degetului sau a suzetei.

– Duce bine ceaşca la gură şi reuşeşte să bea dintr-odată sau în etape tot conţinutul. După ce sorb numai puţin, dau ceaşca mamei; majoritatea o lasă să cadă jos. Cei mai mulţi nu reuşesc să ducă linguriţa la gură; când o apropie de gură, o întorc şi răstoarnă conţinutul.

La 24 luni (2 ani)

– Formează propoziţii cu 3 cuvinte. Bagajul de cuvinte este de 100-200 de cuvinte. Lărgirea vocabularului se face pe seama numelor concrete. Apare întrebarea: **de ce?**

– Se desemnează prin prenumele său pe persoana a 3-a; puțini folosesc: "eu, tu, al meu".

– Folosește sistematic "nu", ceea ce îi permite să se opună la anturaj.

– Face propoziții interogative.

– Începe să povestească.

– Ascultă cel puțin 4 ordine elementare.

– Afecțiune marcată (vizibilă) pentru mamă.

– Se joacă aproape de copii, dar singur. Nu este gelos pe jucăriile altor copii. Se comportă ca și cum ceilalți copii ar fi obiecte pentru a-i strânge în brațele lui sau pentru a-i respinge. Excepție fac frații, mai ales cei mari pe care îi caută și-i imită. Încearcă să-și facă prieteni printre alți copii, se apropie de ei dar nu știe cum să-i ia; îi îmbrățișează (uneori prea strâns!) sau dintr-o dată începe să-i bată, să-i îmbrâncească sau să-i muște! Este stadiul "jocului paralel", nu există interacțiune cu ceilalți copii chiar dacă au activitate identică (într-o groapă cu nisip, fiecare copil se joacă singur). Singura interacțiune (frecventă) este de a apuca jucăria celorlalți (lopățică etc.), de a-i lovi cu jucăria sau cu piciorul, de a-i trage de păr sau de a-i mușca. În aceste conflicte, rar cere ajutorul adulților.

– Îi place să învețe să se dezbrace. În schimb, protestează adesea când este îmbrăcat și nu vrea să colaboreze. Îi place să stea mai mult gol și desculț.

– Identifică 3 imagini când i se cere "ce este asta?" și 5 imagini când i se cere "unde este ...?"

– Nu vrea să "împartă" cu nimeni. Are un simț foarte bine conturat a ceea ce este al lui, dar nu este conștient de ceea ce este al altora.

– El devine curat când începe să ceară "olița", fetele mai repede decât băieții.

– În continuare îi place să "zugrăvească" pereții, să intre prin bălți și noroi, să-și "murdărească" mâinile cu mâncare.

– Își suge din ce în ce mai puțin degetul. Își anunță însă în continuare oboseala sau nevoia de somn prin suptul degetului.

– Nu deosebește "binele" de "rău", și de aceea nu înțelege sensul amenințărilor și/sau al pedepselor corporale.

– Este mândru de performanțele sale motorii (alergare, transportul sau rostogolirea unor obiecte mai grele, aruncatul cu pietre, rostogolirea roților și a mingiilor, împingerea căruciorului, răsturnarea mobilelor etc.).

– Îi place să i se povestească istorioare și să privească în cărți cu poze.

– Nu-i place când părinții îl părăsesc.

– Îi place să se joace cu mașini, să tragă trenuri cu vagoane sau cu cuburi de gheață, să introducă bile sau pietricele într-o cutie pentru a o răsturna apoi; fetele preferă păpușile.

– Imită pe părinți.

– Începe să aibă un anumit "ritual la culcat": jucărie preferată, prezența unui adult, lumina aprinsă, sărutul mamei etc.

– Se recunoaște în oglindă.

– Știe că obiectele există încă, chiar dacă nu le vede, datorită reprezentării mintale. Un copil anunță dinainte, în timpul unei plimbări, când urmează un pod, o statuie, o curte cu păsări etc. chiar la interval de 2-4 săptămâni.

La 30 luni (2 ½ ani)

– Bagajul de cuvinte este după Hellbrügge de 500 cuvinte, iar după Pierre Debray-Ritzen de 1 000 cuvinte.

– Arată obiecte indicate verbal sau definite prin folosire (**cu ce?**). Domină întrebările **de ce?** și mai rar: **unde? când?**

– Vorbirea este încă de "bebe".

– Folosește cuvintele pentru a vorbi singur. Începe să folosească "eu", "mie", "tu". Apariția lui "eu" între 2 ½ și 3 ani constituie o etapă importantă, necesitând o conștiență clară a noțiunii "meu". Copilul începe să dezvolte conceptul "al meu", pornind de la comportamentul persoanelor care au o semnificație pentru el (mai ales părinții). El începe să devină conștient de el însuși ca individ și începe să controleze unele aspecte ale comportamentului său cu scopul de a se conforma exigențelor sociale.

– Își spune prenumele și numele.

– Ajută la aranjarea obiectelor.

– Merge la closet; dacă scaunul closetului este situat mai jos se urcă pe el; nu poate să se șteargă singur. La noi în țară, majoritatea copiilor de 2 ½ ani folosesc olița.

– Începe să fie curat și noaptea. În cursul zilei, dacă este cufundat în joc, "uită" și anunță că este "ud" prea târziu.

– Deosebește culorile.

– Afecțiunea se manifestă cu ceremonialul sărutului. Unii sunt deosebit de agresivi față de străini sau de alți copii. Este gelos pe frații mai mici.

– Demontează sau strică obiecte.
– Ține la o anumită ordine și la unele ceremoniale.

La 36 luni (3 ani)

– Bagajul de cuvinte este după Hellbrügge în jur de 1 000 de cuvinte, iar după P. Debray-Ritzen de circa 1 500 cuvinte.
– Începe să folosească substantive abstracte (culoare), noțiuni spațiale (afară, înăuntru) și adjective la dimensiuni (mare, mic); sunt rari copiii care înțeleg noțiunile de trecut, prezent și viitor.
– Poate fi dirijat prin cuvinte.
– Se interesează de cuvinte noi.
– Întreabă fără încetare (**De ce?**).
– Știe care este sexul său.
– Știe bine numele de familie.
– Recunoaște 8 imagini dacă i se cere.
– Folosește pluralul.
– Începe să folosească articolele, pronumele și adverbele.
– Numără până la 10.
– Vorbește curgător și cu încredere fără să se sinchisească dacă-l ascultă cineva.
– Cunoaște câteva cântecele pentru copii.
– Se joacă cu alți copii și se socializează progresiv. Acceptă să-și aștepte rândul.
– Reproduce construcția unui pod cu 3-5 cuburi.
– Încearcă să deseneze o imagine.
– O mare parte nu se mai "udă" noaptea.
– Păzește cu strășnicie ritualul culcării. Poate avea frică de întuneric și de animale.
– Este în plină criză de personalitate și se opune viguros altora pentru a se afirma.

Percepția lumii înconjurătoare

La 18 luni (1 ½ ani)

Observă activitățile adulților, le imită. Urmărește la fereastră persoane, mașini, avioane, păsări, animale etc. La plimbare îl "pasionează" să "descopere" și să privească animale sau păsări. Încearcă să le imite.

La 24 luni (2 ani)

Se bucură de un obiect în mișcare. Regăsește într-o carte și recunoaște pe un desen diferite animale și obiecte; știe să le arate (fig. 4.11). Imită bine animalele și zgomotul mașinilor.

La 30 luni (2 ½ ani)

Observă de departe mașini, trenul, statui, clădiri mai deosebite, curțile cu animale. Recunoaște animale și anumite lucruri pe un drum cunoscut lui.

Fig. 4.11 – Recunoaște pe un desen diferite animale sau obiecte și știe să le arate.

Fig. 4.12 – Fixează hârtia cu o mână și încearcă să traseze linii mai drepte și/sau să copieze un cerc.

La 36 luni (3 ani)

Poate "citi" poza dintr-o carte. Observă activitatea mamei la bucătărie și a tatălui în curte, în grădină sau în garaj. Îi imită. Îi place "să participe" ("să facă treabă") ca și adulții.

Ține creionul mai corect, fixându-și hârtia cu cealaltă mână. Trasează linii ordonate, ca raza unui cerc. Este începutul desenului "omulețului".

4.1.6. *Alimentația*[1]

Rația alimentară. În cursul celui de al II-lea an, copilul devine capabil să mănânce și să digere cea mai mare parte a alimentelor. Alimentația sa tinde să se apropie de cea a adulților. Rația calorică scade acum la 70-80 calorii/kg corp în 24 ore. Din hrana zilnică

[1] Vezi și „Alimentația (școlar mic, adolescent)", pag. 248-252 și „Alimentația la preșcolar" (pag. 212-214).

trebuie să facă parte toate principiile alimentare: proteine, hidrocarbonate, grăsimi, săruri minerale, vitamine, fibre vegetale.

Raţia de lapte este de circa 400-500 ml pe zi; laptele se fierbe în mod obligatoriu, chiar dacă se prepară din lapte praf. La copiii care refuză să primească laptele, se va încerca înlocuirea cu alte derivate de lapte (iaurt, lapte bătut, brânzeturi). Este bine să se dea zilnic carne la masa de prânz; în locul acesteia, se poate da peşte, un ou, brânză proaspătă. De altminteri, 50% din proteine trebuie să fie de origine animală. Oul poate fi fiert tare, moale cu albuş, sau bătut sub formă de omletă, cu condiţia să fie proaspăt. De teama excesului de colesterol (la originea aterosclerozei de mai târziu), unii nutriţionişti recomandă numai 2-3 ouă pe săptămână. Este indicat să se asocieze zilnic grăsimi de origine animală (unt) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea-soarelui sau ulei de porumb) sau cu margarină.

Hidrocarbonatele (cereale, cartofii etc.) sunt folosite zilnic. Se preferă hidraţii de carbon în forma lor naturală (fulgii de ovăz, fulgii de porumb, grişul), produsele de brutărie preparate din cereale complete (ca făina integrală). Se oferă în cantităţi reduse dulciurile rafinate (zahăr, bomboane, prăjituri etc.).

Fructele şi zarzavaturile sunt absolut necesare în alimentaţia de fiecare zi. Unii copii mici au încă dificultăţi de masticaţie; la aceştia fructele se vor da sub formă de sucuri şi pulpă rasă sau terciuită; fructele şi zarzavaturile fierte se strivesc cu o furculiţă; pot fi diluate cu lapte sau amestecate cu unt sau cu cereale instant, biscuiţi. Lichidele se vor da ori de câte ori doreşte copilul; în anotimpurile calde se va mări cantitatea de fructe (sucuri, pulpă rasă şi diluată cu sucurile, fructe de sezon bine coapte). Mierea este la mare modă în ţara noastră, atribuindu-i-se efecte miraculoase, nu toate fundamentate ştiinţific. La copiii cu tendinţă la constipaţie, zahărul poate fi înlocuit cu miere (inclusiv la îndulcirea laptelui); de asemenea, mierea se poate da pe tartine de pâine cu unt. Ciocolata se va da cu prudenţă, în cantităţi mici şi numai în prima jumătate a zilei (poate produce agitaţie); dacă e veche, duce la apariţia de urticarie şi/sau tulburări digestive. Prăjiturile de cofetărie, de bună calitate şi proaspete, pot fi consumate ca desert (nu între mese!), sau la gustarea de după-amiază. Frişca se alterează foarte uşor şi este un mediu de cultură excelent pentru microbi. Se dă apă sau ceai neîndulcit cât şi cum vrea (inclusiv în timpul meselor).

Copilul peste vârsta de un an poate primi ca desert: fructe, compoturi, dulceaţă, gemuri, prăjituri de casă.

Cafeaua, vinul, ţuica, berea, ceaiul rusesc sunt contraindicate. Sucurile preparate industrial se dau cu circumspecţie. Se pot da băuturi răcoritoare, inclusiv ape carbogazoase (apă de masă, sifon).

Orarul meselor. *Masa de dimineaţă* se dă imediat ce se trezeşte copilul. Dacă este lăsat să aştepte, se enervează sau se preocupă de altceva şi apoi refuză să mănânce. Se dă lapte simplu sau lapte fiert cu un făinos (griş, zeamil, biscuiţi măcinaţi, fulgi de porumb), cacao, cereale instant, cu cafea de malţ etc. Se foloseşte făinosul preferat de copii. Laptele nu va fi îndulcit prea mult; unii copii îl preferă neîndulcit. Dacă insistă să-l primească cu biberonul, li se va satisface această comoditate. Celor care refuză laptele, li se poate da ceai şi tartine cu brânză (de vaci, topită etc.), unt şi miere sau gemuri, eventual un ou moale. *La ora 10* se pot da fructe, o tartină mică sau nu se va da nimic. *Masa de prânz* cuprinde un pireu de legume (cartofi, morcovi, spanac, mazăre verde, fasole verde, conopidă, dovlecei). Spre sfârşitul anului al II-lea începe să aprecieze consistenţa şi gustul cartofilor prăjiţi (se evită la copiii cu tendinţă la obezitate, având o mare valoare calorică). Zilnic, pireul va fi asociat cu carne sau un ou proaspăt. Prânzul se poate încheia cu o ceaşcă de supă de carne strecurată şi ca desert fructe, compot sau o prăjitură de casă. Pentru variaţie, felul întâi poate fi o ciorbiţă cu carne de pasăre sau perişoare, felul doi legume soté, sau preparate cu sos alb. Masa de prânz este bine să se dea pe la ora 11,30-12. *După-amiază (gustarea)*: lapte, iaurt, prăjituri de casă, biscuiţi, compoturi sau fructe (ultimele sunt de preferat). *Seara* se va servi masa pe la orele 19-19,30. Se va da fie ca dimineaţa, fie o budincă (orez, griş, paste făinoase), mămăliguţă cu unt şi brânză, compot, o prăjitură de casă. Se poate da parizer, crenwurşti, şuncă de Praga sau alte preparate de carne de bună calitate.

Apetitul. În primul an de viaţă sugarul ţipă de foame, aceasta fiind manifestarea unei necesităţi a corpului. După un an, apetitul implică o participare sufletească; aşteaptă să mănânce; îi place o mâncare pentru că îşi aminteşte de mirosul, de aspectul, de gustul ei, de cadrul plăcut în care i-a dat mama să mănânce. Unii copii preferă să fie serviţi numai de o anumită persoană din familie. Există o mare variabilitate a apetitului la copiii

mici. Se pot face o mulțime de considerații asupra acestor variații: o mamă cu discernământ psihologic, în colaborare cu un medic experimentat, pot descoperi cauzele și găsi soluțiile la fiecare caz în parte. Punerea în practică este mai greu de realizat, deoarece în condițiile vieții moderne de emancipare pe toate liniile, copilul este îngrijit adesea de mai multe persoane, cu stiluri și idei diferite și, mai ales, cu răbdare și putere de dăruire inegale.

Un copil care mănâncă bine are toate șansele să fie sănătos, să crească bine, să fie mereu activ și să-și satisfacă nevoia de mișcare și cunoaștere. Părinții, asistentele pediatre, educatoarele, trebuie să pornească de la realitatea că la această vârstă apetitul este foarte diferit de la un copil la altul. La același copil se observă și variații în modul cum mănâncă, de la o zi la alta și chiar de la o masă la alta. Nu este vorba de un copil dificil și nici de un apetit capricios, ci este apetitul normal al fiecărei ființe umane. În plus, se adaugă acum instabilitatea psihică și motorie a vârstei. Mama era deprinsă cu sugarul care-și primea biberonul obișnuit la ora potrivită, cu același ritual și cu același preparat timp de săptămâni și chiar luni de zile. Acum are de-a face cu o mică personalitate, cu preferințe și pofte. Așa cum respectă preferințele culinare ale adulților din familie, tot așa trebuie să țină seama și de poftele micii personalități, miniatură de comportament a celor ce l-au procreat. În sfârșit, să nu se uite că rația zilnică a copilului peste vârsta de 1 an scade, deoarece creșterea se încetinește și nevoile lui nutritive sunt mai mici.

Fixarea alimentației se face în funcție de ritmul propriu al fiecărui copil. Unii sunt mari mâncăcioși, alții de abia gustă; unii mănâncă același meniu luni de zile, alții au nevoie de variație zilnică; unii mănâncă mult de 2-3 ori pe zi, alții cer să "ciugulească" de 4-6 ori câte ceva; unii doresc să mănânce din ceașcă sau chiar să se "servească" singuri cu lingurița, în timp ce alții se despart cu greu de biberon. Ca și în alte părți ale acestei cărți, rugăm pe părinți să nu-și compare copilul cu alți copii.

Nu trebuie impus nimic! Orice hrană mâncată în silă sau luată numai pasiv este prost asimilată. A forța un copil să mănânce este o greșeală gravă, inapetența la sugarul mare și copilul mic este determinată cel mai frecvent de forțarea copilului să mănânce! Ulterior se adaugă dureri abdominale, tulburări de somn, tulburări mai grave de comportament (crize de mânie, iritabilitate, reacții de opoziție sau, din contră, pasivitate și anxietate). Masa trebuie să fie un prilej de plăcere și destindere. Pe măsura înaintării în vârstă, apetitul copilului este tot mai mult legat de elemente "psihologice". Dacă un copil este bine dispus, dacă este activ și satisfăcut în relațiile cu cei din jur (părinți, bunici, educatori, alți frați), el va mânca bine. Dimpotrivă, dacă el nu a fost scos afară, dacă a fost contrariat sau dacă atmosfera din familie este de tensiune (certuri, vizite, oboseală), copilul nu mănâncă bine, este nervos, are tulburări de somn. Părinții cer medicului să indice medicamente sau alimente minune, care să deschidă pofta de mâncare copilului, în loc să se creeze o atmosferă de familie care să-l facă să-i placă mâncarea oferită. Unii copii refuză să mănânce dacă alimentul nu este servit în ceașcă sau în farfuria cu desenul preferat.

Porții mici. Se vor pune porții mici în căniță sau farfurie. Consumarea cu ușurință a unei porții îi dă copilului senzația de victorie și de multe ori va mai cere. Dimpotrivă, dacă i se oferă o cantitate prea mare, el va lăsa o parte din porție în farfurie și astfel se va simți slab și oarecum vinovat. Comentariile ce se fac adesea îi accentuează și mai mult sentimentul de vinovăție.

Consistența. Spre sfârșitul perioadei de sugar și în prima jumătate a anului al II-lea alimentele se dau sub formă de lichide, pireuri sau și mai bine fie sfărâmat cu furculița, fie tocate mărunt, fulgi de cereale etc. Cu vârsta, el începe să prefere alimentele crustoase: biscuiți, fulgi de porumb, coajă de pâine, tartine (pâine cu unt și cu miere sau dulceață), cartofi prăjiți, bucăți mici de parizer, să "muște" din fructe, să mănânce zarzavaturi strivite cu furculița.

Folosirea mâinilor. Încă de la 8-10 luni, unii copii încep să ia cu degetele pireul de la prânz și să încerce să-l ducă la gură. După vârsta de un an, copilul capătă tot mai multă îndemânare și participă în mod activ la alimentație. Între mese, i se poate da să rontăie o coajă de pâine, un biscuit, o felie de măr.

Dacă sunt hrăniți mereu de cei din jur, deprinderea de a mânca singuri este întârziată, iar tendința naturală la independență frânată.

Când i se servește pireul, i se va da în mână o linguriță. Printre jucării, trebuie să figureze linguriție de plastic, tigăițe, cratițe, obiecte de bucătărie; jucându-se cu ele, îndemânarea copilului crește.

4.1.7. *Supraveghere și îngrijiri*

Educația. Cel de al 3-lea an cu contradicțiile sale solicită mult talentul pedagogic al adulților. Mulți părinți nu înțeleg adevărata problematică a vârstei și intervin cu brutalitate (ceartă, bătaie), atunci când copilul nu ascultă, este încăpățânat. Părinții trebuie să-și pună problema dacă vor să crească un copil cuminte, docil, comod sau vor să-l ajute să se dezvolte și să se maturizeze corespunzător. Se impune din partea tuturor adulților din familie o atitudine unitară, binevoitoare, răbdătoare, fermă. Nici severitatea exagerată, dar nici toleranța excesivă și alintarea nu-l pot ajuta. Acceptând că reacțiile negative, manifestările încăpățânate (greșit etichetate ca egoiste sau anormale) nu sunt adresate părinților și nu ilustrează o lipsă de afecțiune, părinții au făcut primul pas spre înțelegerea particularităților acestei vârste.

Asistența medicală. Copilul sănătos trebuie examinat de patru ori pe an de către medicul de familie. După verificarea sănătății corporale (greutate, înălțime, achiziții motorii și intelectuale), se vor discuta în amănunt probleme legate de crearea cadrului material și psihic pe care-l poate oferi familia și care se potrivește copilului respectiv. Înainte de vacanțe, medicul va recomanda zona climatică ce convine mai bine copilului: mare, munte, deal. Vacanțele vor fi petrecute împreună cu părinții. Nu se vor face călătorii obositoare. Se vor face vaccinările (rapeluri etc.), conform indicațiilor de la dispensarul medical teritorial. Se continuă administrarea de vitamina D în perioada septembrie-aprilie. Se verifică dentiția, simțurile (auz, vedere), conformația scheletului (coloana vertebrală, membre inferioare).

Plimbarea zilnică a copilului de 1-3 ani este absolut necesară. În orașele mari, unde copiii trăiesc în apartamente, este o obligație elementară și zilnică de a scoate copilul "la aer". Este ideal ca aceste "scoateri afară" să se facă în grădini și parcuri. Este încântat când este dus de mână sau purtat pe umeri. Terenurile de joc, arborii, florile, variația peisajului sunt elemente stimulatoare pentru copil. Prezența animalelor constituie o bucurie permanentă. Iarna, plimbările se vor face în grădina cea mai apropiată, unde sunt spații amenajate pentru copii. Primăvara, în zilele de sărbătoare, cu vreme favorabilă, copilul va fi dus într-un loc mai îndepărtat, de preferat o pădure neaglomerată, unde se poate bucura din plin de natură, sau la grădina zoologică pentru a vedea "pe viu" animalele.

Jocul. Jocul este reflectarea, dar și stimulentul tuturor achizițiilor noi. Jocul poate fi colectiv. Totuși, majoritatea copiilor de 2-3 ani preferă să se joace singuri sau cu adulții. Părinții trebuie să încerce să participe ca simpli tovarăși de joc, să nu se erijeze în conducători. Camera în care era obișnuit (chiar și apartamentul) nu-i mai satisface nevoia de mișcare și de spațiu. Parcul, curtea, grădina îi oferă condiții pentru a se desfășura (aleargă, se cațără, se tăvălește, se învârte în jurul său până amețește). Dacă este ținut în unele zile în casă, devine arțăgos, brutal, nu mai doarme ca înainte face zgomot, poate avea crize de plâns. Așezat pe un scaun mai înalt, își leagănă mereu picioarele, se răsucește în toate părțile. Tentativele de a-l obliga să stea liniștit sunt un fel de pedeapsă. Toți ai casei sunt datori să "facă cu schimbul" la însoțirea sau supravegherea lui.

În activitatea de joc a copilului se înregistrează trecerea de la activitatea de joc-mânuire la jocurile de imaginație, în care intervin simboluri elementare și se încorporează scheme de conduită. Copilul se preface că telefonează, citește, scrie, bea cu ceașca de cafea, adoarme ursulețul, face injecții mamei etc. Este un stadiu nou, deoarece comportă mai mult decât o simplă imitație. Mai întâi copilul este capabil să recunoască simbolul pe care îl reprezintă obiectul, precum și utilizarea sa: telefon, carte, ceașcă etc. În al doilea rând copilul se identifică cu o persoană adultă, sau cu un frate sau cu o soră mai mare.

Are preferințe pentru unele povestiri, și cere să-i fie repetate. Devine sensibil la muzică, la ritm, la melodie, la cântece pentru copii, la jocurile însoțite de muzică. Cântați și dansați cu el (vezi și îngrijirea în creșă).

Cu timpul, copilul caută din ce în ce mai mult societatea altor copii. Oricât ar încerca adulții, ei nu pot deveni un partener de joc potrivit copilului. Un copil se dezvoltă armonios și se educă în contact cu alți copii.

Pericolul accidentelor și intoxicațiilor. Dintre accidentele întâlnite la această vârstă citâm: electrocutarea, arderea cu fierul de călcat, opărirea (răstoarnă oala cu supă, un vas cu apă fierbinte), înțeparea cu diferite obiecte ascuțite, incendii produse cu chibriturile lăsate la dispoziția lor, închiderea în dulapuri sau frigidere (accident mortal prin sufocare), înecul (cada de baie la care, după ce intră, deschide robinetele și nu mai poate să iasă; piscine), intoxicații (vin, țuică, articole cosmetice, medicamente pe care le ia drept bomboane), inhalarea de corpi străini în căile

aeriene, intoxicații cu gaze de eșapament etc. Copilul nu va fi lăsat să se joace cu chibrituri, cu bricheta; nu are voie să umble la aragaz, frigider, prize, sobe cu gaze. Sub supravegherea părinților poate fi lăsat să stingă lumina, radioul, televizorul.

La plimbările prin oraș, copilul nu va fi scăpat niciodată din ochi, oricând putând să "o zbughească" pe partea carosabilă a străzii. Nu va fi lăsat în casă singur sau în "grija" fraților mai mari (sub 7-8 ani), care, atenți la jocul cu alți copii, uită de fratele mai mic. În sfârșit, un copil de 3 ani nu va fi lăsat niciodată singur în casă cu un frate mai mic decât el. El nu are încă bine conturat sensul binelui și al răului, al pericolelor. Lipsa de control, instabilitatea psihică și motorie îl pot face să ajungă la acte ce pun în pericol viața celui mai mic.

4.1.8. Îngrijirea în creșă

Așa cum s-a mai spus, adulții ce îngrijesc copiii din creșă trebuie să aibă multă răbdare și dragoste pentru copii, să fie calmi, cu o bună sănătate fizică și psihică. Orice acțiune ce se desfășoară sub ochii copiilor va fi însoțită de explicații. "Copii, acum mergem la baie", "Ne spălăm pe mâini cu apă și săpun", "Ne pregătim pentru masă", "Ne jucăm cu mingea". Jocurile organizate în colectivitate sunt de trei categorii:

a) Jocurile de mișcare sunt foarte iubite de copii (mers prin tunel de mese, târâre prin tunel de scaune, alergare cu steguțe, rostogolirea pe saltea, săritura cu mingea, mers pe scândură dreaptă sau înclinată, tobogan etc.).

b) Jocurile de îndemânare manuală se încep încă din anul al doilea de viață; înșurubarea și deșurubarea capacului unei sticle; introducerea de bobițe de staniol într-o sticlă, înșirare de mărgele pe o tijă semirigidă; așezarea cuburilor unul peste altul în echilibru; diferite aranjamente de castane, sticluțe sau figuri geometrice; sortare de mozaic pe culori; lipituri, desene etc.

c) Jocurile de cunoaștere. Se prezintă un pom cu fructe, un brad împodobit, o pisică, un porumbel, o broscuță, o portocală, mere etc. Se va arăta obiectul natural sau animalul viu, pe care copiii să-l cunoască îndeaproape, să-l vadă în trei dimensiuni, să-l pipăie (în caz că se prezintă fructe vor fi gustate de toți, florile vor fi mirosite). La această vârstă copilul nu înțelege abstract cum arată obiectul descris, când este prezentat pe o planșă într-un singur plan. La fiecare prezentare va răspunde la întrebări în ordine: ce este? cum este? ce are? (este un pom, un animal, o pasăre, o floare; este un măr, roșu, rotund, dulce; pisica are cap, corp, picioare, coadă, urechi). În momentul în care copiii se plictisesc, se întrerupe jocul.

Se alternează jocurile între ele (mișcare, cunoaștere, îndemânare). Se pregătește din timp materialul didactic. Jocul se anunță dinainte. După terminarea jocului, copiii vor pune jucăriile pe etajere, în sala grupei, la îndemâna lor.

4.1.9. Controlul sfincterelor (formarea deprinderii de a fi curat)

Sugarul își golește vezica și intestinul de obicei imediat după ce a mâncat, mai ales în cursul primelor 8 luni de viață. Este posibil de a-l "dresa" să stea pe oliță de la 6-8 luni. Acest reflex poate dispărea în cursul erupției dentare, a schimbării unor obiceiuri și mai ales când începe să meargă nesprijinit (12-16 luni). Controlul sfincterelor la sugar nu poate fi voluntar; copilul nu poate folosi "conștient" olița decât începând de la 15 sau 18 luni.

Primul semn al unui control voluntar se observă când copilul care vrea să urineze arată cu degetul olița. El își avertizează mama fără a-i lăsa timpul de a interveni. De abia între 18 și 24 de luni copilul previne la timp pe cei din jur și poate să aștepte mai mult până este pus pe oliță. La 2 ½ ani unii își lasă singuri pantalonii în jos și se așează fără ajutor pe oliță, fiind mândri de "performanță". Controlul eliminării materiilor fecale se dobândește în general înaintea celui al vezicii. Cea mai mare parte a copiilor nu se mai udă decât accidental spre 2 ½ ani. Fetițele dobândesc mai devreme decât băieții deprinderea de a fi curate.

Factorii care intervin în deprinderea curățeniei sunt:

a) *Maturația*. Mecanismul controlului sfincterian este foarte complex și depinde de maturația sistemului nervos. În general, există o componentă familială: unii copii sunt mai precoce sau mai lenți decât alții în deprinderea curățeniei și pentru statul pe șezut, mers sau vorbit. Enurezisul[1] se regăsește în mod obișnuit și

[1] Emisiune involuntară și inconștientă de urină.

la alți membri ai familiei. Orice copil trece prin stadii succesive: evacuarea automată a vezicii (sugarul mic); conștiența plenitudinii vezicii (copilul de 18 luni își avertizează mama); antagonizează contracția mușchilor vezicii și reține urina datorită mușchiului ridicător al anusului; stadiul când el poate controla presiunea intraabdominală datorită diafragmului și mușchilor abdominali; ultimul stadiu este când copilul poate expulza urina sau întrerupe debitul, oricare ar fi plenitudinea vezicii. Capacitatea vezicală a unui copil de 2 ½ ani este dublă față de cea a unui copil de 2 ani.

b) *Educația.* Copilul învață să-și controleze vezica în parte prin imitație și în parte prin educație. Aceasta constă mai ales în a-l ajuta când permite dezvoltarea; dacă mama nu-i dă ocazia de a urina de prima dată când își anunță dorința, el va întârzia în obișnuirea cu oliță.

c) *Îmbrăcămintea. La copiii la care se folosesc scutece sau chiloți absorbanți (Pampers), deprinderea de a folosi oliță se formează mai târziu.*

d) *Condiționarea.* Un sugar poate fi condiționat (provocat) să urineze prin contactul feselor cu marginile oliței. Dacă se pedepsește un copil că nu a folosit oliță sau dacă este forțat să se așeze în timp ce vrea să alerge, el va fi "condiționat" să se împotrivească oliței, asociind formarea deprinderii cu o idee de pedeapsă.

e) *Formarea eului și caracterului copilului.* Începând de la un an copilul este în plină perioadă negativă și orice încercare de a-l face să execute un act împotriva dorinței lui (îndeosebi "să facă" pe oală) se va solda cu un eșec. Unii copii sunt mai voluntari decât alții și seamănă cu părinții lor. Copilului îi place și se amuză cum toată casa se preocupă ca el să facă pe oală. Mama se așează lângă el, îl mângâie, îl lingușește și încearcă să-l convingă de a emite materii fecale în timp ce el este încântat s-o refuze; oliță îi servește ca mijloc de locomoție, de jucărie sau de pălărie. Un copil poate să-și satisfacă eul său și nevoia de a atrage atenția și prin alte mijloace decât refuzul oliței. Momentul dobândirii curățeniei coincide din nenorocire exact cu cel al contestării. Cea mai mare parte a tulburărilor sfincteriene se datoresc faptului că se forțează copilul, iar el refuză să fie obligat. Cererea oliței, fără să aibă nevoie, este un alt mijloc de a atrage atenția. Copilul descoperă repede că atunci când cere oliță, mama lasă totul pentru a se ocupa de el. El reîncepe s-o ceară la fiecare cinci minute. Mama nu îndrăznește să-l refuze, socotind că are nevoie într-adevăr de oliță și nu se va deprinde cu oliță dacă ea nu aleargă imediat. Este adevărat că la această vârstă o micțiune este urgentă și copilul va fi curat dacă se are grijă de aceasta, dar este ușor să știi dacă nevoia este reală sau dacă nu reprezintă decât o manevră de a atrage atenția. În ultimul caz, mama nu va lua în seamă cererea și nu se va deranja decât la intervale socotite convenabile. Dacă un copil urinează prea des, va fi consultat medicul.

f) *Personalitatea mamei și lipsa de cunoștințe.* Mama care este decisă să "dreseze" copilul prea devreme are toate șansele de a-l vedea refuzând oliță.

Mama nu-și dă seama de variațiile normale ale achizițiilor curățeniei și este dezolată să constate că copilul său este în întârziere față de alții. Ea pedepsește pe copil, iar acesta reacționează refuzând oliță sau "udându-se". Este o greșeală din partea unor mame de a crede că reflexul condiționat al sugarului (contactul cu marginea oliței, zgomotul apei care curge etc.) este echivalent cu un control voluntar. Aceste mame nu înțeleg secvența normală a proceselor (punctul a) și reproșează copilului de a fi prevenit prea târziu.

g) *Stresul psihologic.* Teama sau neliniștea pot întârzia dobândirea curățeniei și, în plus, pot duce – în timpul perioadelor critice – la pierderea controlului recent dobândit. Copilul nefericit, care nu se simte în siguranță, poate reveni la vechile obiceiuri din cauza unei gelozii, a unei internări în spital, a unei dificultăți familiale sau a unui rigorism excesiv.

h) *Lenea.* De frica frigului, "curentului" sau dacă toaleta este prea departe, copilul preferă să "facă pe el" decât să iasă din pat.

i) *Somnul adânc.* Unii susțin (medici și părinți) că o parte din copiii care "fac" noaptea în pat au un somn adânc.

j) *Factorii sociali.* Micțiunile involuntare la unii copii peste vârsta de 2 ½ ani țin și de mediul familial nefavorabil: certuri sau delincvență la părinți, dificultăți materiale, nivel instructiv-educativ scăzut al părinților, lipsă de preocupare pentru formarea deprinderilor igienice la copil, pedepsirea copilului, anxietatea părinților etc. Acești factori se asociază frecvent.

Controlul intestinal. Factorii care intervin în controlul sfincterului anal sunt aceeiași ca în controlul vezicii. Vârsta deprinderii de a elimina materiile fecale numai la oliță este foarte variată. Unii copii o posedă foarte devreme și o păstrează apoi, în timp ce alții "fac pe ei" și la 2-3 ani. Copilul de 18 luni trece printr-o fază de "coprofilie" (atracție față de materii fecale) și manifestă un interes considerabil pentru eliminările sale și pentru toaletă. Copilul este încântat să vadă interesul

familiei "centrându-se" pe fecalele lui și descoperă că părinții sunt neputincioși nu numai în fața refuzului lui de a mânca, dar și în fața refuzului lui de a face pe oliță; în ambele cazuri el provoacă discuții și neliniști. El are un moral excelent, pentru că el este mereu "câștigător". Capătă plăcerea unui "accident" sau își murdărește în mod voit chiloții de îndată ce este lăsat să se ridice de pe oală. Factorii sociali joacă un mare rol în controlul sfincterelor și, în general, în dobândirea tuturor deprinderilor igienice.

*

Practic, spre 12 luni, părinții îi vor pune olița lângă pat și-l vor așeza pe oliță pentru cel mult 10 minute, explicându-i la ce folosește. Dacă el vrea să plece de pe oliță, nu va fi reținut. Este de dorit ca el să știe că există olița și că părinții sunt bucuroși dacă el o folosește. În familiile unde există frați mai mari, se va folosi olița concomitent. Prin imitație, copiii cu frați mai mărișori și copiii de creșă învață mai repede să se servească de oliță. Copilul care poartă scutece absorbante multă vreme realizează mai greu când este ud sau uscat. Când poartă pantalonași, senzația de scurgere a urinei în jos pe picioare este neplăcută. Pe de altă parte, scutecele îi dau senzația că este tot mic. Impresia că este încă "mic" poate constitui un factor de întârziere în a deveni curat.

Controlul vezicii urinare este mai tardiv decât controlul sfincterului anal. De abia după 18-20 de luni se ajunge la stadiul în care copilul este capabil de a-și frâna voluntar micțiunile. Până atunci, dimineața când se trezește și după somnul de după amiază se va pune copilul pe oliță la "ore regulate", și atunci când apar semne că dorește să urineze. "Ușurându-se" numai atunci când apar micile semne de dorință, copilul are o satisfacție pe care niciodată nu ar fi resimțit-o dacă ar fi fost pus constant pe oliță. Această satisfacție este cel mai bun element de reușită în obținerea deprinderii de a fi curat. Va trebui să se aștepte încă 4-5 luni, pentru ca un copil să fie nu numai conștient de nevoia de a urina, dar să fie capabil de a cere să meargă la oliță (spre 2 ani).

La început se cere atenție și promptitudine în acțiune când copilul semnalează nevoia de a urina sau a emite scaun (prin urlet), deoarece nu poate să aștepte. Această "urgență" diminuează apoi rapid; el va putea aștepta momentul propice (dezbrăcarea, aducerea oliței). La puțin timp după ce s-au deprins cu curățenia, copiii își rețin voluntar urina și scaunul, nedorind să părăsească jucăriile sau să-și întrerupă "ocupația". În aceste situații se pot produce "accidente" de scăpare. Preventiv, mama va avea grijă ca atunci când copilul este cufundat în joc să-i sugereze să meargă la oliță.

În timpul nopții copilul nu poate încă să se controleze; poate uda patul chiar în timpul unui somn scurt. Poate fi ajutat dacă este pus pe oliță înainte de a fi dus să se culce. Cât timp se udă încă noaptea, i se pun scutece curate absorbante la culcare. Este mai bine să se pună scutece, decât să fie apostrofat când udă cearceafurile. Nu va fi trezit în cursul nopții pentru a fi pus pe oliță. El nu poate să se păstreze curat noaptea, până nu a ajuns la un control complet al sfincterelor în timpul zilei. De obicei, copilul devine curat și noaptea la 2 ½ - 3 ani (unii copii se scoală singuri noaptea și urinează fără ajutor).

4.2. Preșcolarul (3-6 ani)

4.2.1. *Creșterea greutății, taliei și perimetrului toracic*[1]

La 4 ani:

Greutate:
- băieți: mediul urban = 16,1 kg (± 1,9);
  mediul rural = 15,7 kg (± 1,9);
- fete: mediul urban = 15,7 kg (± 1,9);
  mediul rural = 14,8 kg (± 2,0).

Talie (înălțime):
- băieți: mediul urban = 101,0 cm (± 4,8);
  mediul rural = 99,5 cm (± 5,2);
- fete: mediul urban = 100,0 cm (± 4,9);
  mediul rural = 98,5 cm (± 5,3).

Perimetrul toracic:
- băieți: mediul urban = 54,3 cm (± 2,5);
  mediul rural = 52,8 cm (± 2,7);

[1] După tabelele întocmite de Institutul de Igienă și Sănătate Publică din București.

– fete: mediul urban = 52,8 cm (± 2,7);
mediul rural = 51,7 cm (± 2,7).

La 5 ani:

Greutate:
– băieți: mediul urban = 18,2 kg (± 1,9);
mediul rural = 18,0 kg (± 2,2);
– fete: mediul urban = 17,7 kg (± 2,3);
mediul rural = 16,1 kg (± 2,2).

Talie (înălțime):
– băieți: mediul urban = 108,2 cm (± 5,0);
mediul rural = 105,7 cm (± 5,3);
– fete: mediul urban = 107,6 cm (± 5,1);
mediul rural = 104,9 cm (± 5,4).

Perimetrul toracic:
– băieți: mediul urban = 54,9 cm (± 2,7);
mediul rural = 54,3 cm (± 2,8);
– fete: mediul urban = 54,3 cm (± 2,8);
mediul rural = 52,9 cm (± 2,8).

La 6 ani:

Greutate:
– băieți: mediul urban = 20,3 kg (± 2,8);
mediul rural = 19,0 kg (± 2,5);
– fete: mediul urban = 20,0 kg (± 2,9);
mediul rural = 18,2 kg (± 2,5).

Talie:
– băieți: mediul urban = 114,7 cm (± 5,2);
mediul rural = 111,7 cm (± 5,5);
– fete: mediul urban = 110,3 cm (± 5,3);
mediul rural = 110,9 cm (± 5,6).

Perimetrul toracic:
– băieți: mediul urban = 56,7 cm (± 3,0);
mediul rural = 55,9 cm (± 2,9);
– fete: mediul urban = 55,0 cm (±2,9);
mediul rural = 54,4 cm (± 2,9).

Aceste cifre sunt pur orientative. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă există o corelație corespunzătoare între diferiți parametri de apreciere la creșteri armonioase. Reamintim că talia unui copil depinde de factori complecși moșteniți și de mediul înconjurător.

• **Motricitatea.** La 4-5 ani copilul mic a atins un grad de dezvoltare motorie care-i permite executarea de mișcări izolate, cu diferite segmente ale corpului, independent (de exemplu, mersul pe tricicletă). Își propune singur mișcări cu dificultate crescândă: sărituri, cățărat, balans etc. Treptat, apare și capacitatea de a sta liniștit pentru a colora, a modela din plastilină, a asculta povești, a privi poze, a urmări televizorul.

La sfârșitul perioadei de copil mic a deprins îndemânări ca: folosirea periuței de dinți, a pieptenului, a ustensilelor pentru cusut. Majoritatea copiilor apucă și mânuiesc bine un creion; liniile și figurile desenate sunt tot mai bine făcute. Este capabil să taie cu foarfeca urmând o linie dreaptă. La 3 ani, copilul urcă scările alternând picioarele; la 4 ani face același lucru și la coborâre. La 3 ani, numai o parte dintre copii pot sta un timp scurt într-un picior; de abia la 5 ani reușesc să sară într-un picior și să sară coarda.

Nevoia de mișcare este mare, copilul este în veșnică mișcare, aleargă, face zgomot, este "neastâmpărat". Îi place uneori să facă treburi care-i solicită puterea și este foarte încântat când ridică sau poartă un obiect mai greu.

Pentru urmărirea motricității, între 3 și 6 ani părinții pot supune pe copii, sub formă de joc, la probe ca: *a) motricitate generală*: aruncarea unei mingi, prinderea unei mingi în mișcare, dacă și cât se poate ține pe un picior, sare într-un picior, merge pe călcâie sau pe vârfuri înainte și înapoi, urcă și coboară scările etc. (fig. 4. 13); *b) motricitatea fină*: face un turn din 8 cuburi, face un pod din 3 cuburi, trage o linie verticală, copiază un cerc, copiază o cruce, copiază un pătrat, desenează un omuleț din 3 părți, desenează un omuleț din 6 părți, se spală pe dinți, poate turna apă într-un pahar.

Fig. 4.13 – Poate coborî o scară, ținându-se de rampă.

Fig. 4.14 – Imitând pe mamă, dă mâncare la păpușă.

Fig. 4.15 – Poate turna apă într-un pahar, fără a vărsa.

Fig. 4.16 – Se spală pe dinți.

4.2.2. *Dezvoltarea psihică și socială. Limbajul*

• **Percepția**. *La 3-4 ani* copilul se interesează de capacitatea funcțională a obiectelor, pe care le compară, le pune unele peste altele, le sortează după formă sau culoare, le demontează ("le distruge", cum interpretează părinții) etc. Lucrând cu plastilină sau cu cretă colorată, realizează forme simple, pe care le denumește apoi după aspectul lor exterior. Recunoaște succesiunea logică a anumitor acțiuni din desfășurarea programului zilnic, precum și legătura logică între obiecte și cuvinte.

Poate "citi" poze dintr-o carte. Recunoaște litere izolate. Poate desena un pătrat. Deosebește mai multe culori. Își știe vârsta.

La 5-6 ani experiențele tactile (pipăit) și motorii (mișcare) trec pe al doilea plan. Pe lângă impresiile vizuale ("vede tot"), capătă importanță cele acustice (este tot timpul "pe recepție", "trage cu urechea", "spionează", "demască" tot, repetă expresii auzite de la adulți, copii etc.). Deosebește sunete de tot felul, fredonează cântece simple și le însoțește de mișcări ritmice.

Începe să deseneze și să modeleze, încercând să reproducă obiecte și acțiuni. Fantezia în folosirea culorilor și desenarea "formelor" unor obiecte, persoane sau animale, joacă (încă) un rol mai mare decât adaptarea la realitate. Spre sfârșitul perioadei de copil mic apare diferențierea din ce în ce mai bună între imaginație și realitate.

Copilul privește activ și critic lumea înconjurătoare, dar și propriile lui performanțe. Dezvoltă spirit creator, face planuri, își fixează obiective și le urmărește consecvent. Are noțiunea timpului și a cantității. Poate număra până la 10-15. Cunoaște 5-6 culori și câteva (2) monede.

• **Limbajul.** Progresele intelectuale continuă cu o mare rapiditate. La 3 ani un copil se exprimă suficient pentru a fi bine înțeles. Între 3 și 6 ani, schimburile verbale cu toată familia se îmbogățesc prin lărgirea relațiilor cu alți copii și cu educatoarele din grădiniță.

Substantivele și adjectivele se înmulțesc paralel cu progresele pe care le face în contact cu realitatea înconjurătoare. Am văzut că la circa 3 ani copilul spune **EU**, se recunoaște deci la persoana întâi, ca un individ separat față de ceilalți. În același timp apar în vocabularul lui cuvintele **TU** și **EL**. Pentru el este accesibil numai ceea ce este concret; chiar numele unui obiect îi apare ca una din proprietățile sale. Noțiunea de timp este percepută încet. Treptat preșcolarul va înțelege ce este timpul devenind capabil să folosească verbele nu numai la prezent, ci și la viitor și trecut. De îndată ce devine conștient de el, de cei doi părinți, de sexul de care aparține, el va folosi femininul și masculinul. Curiozitatea amestecată cu dorința de

comunicare manifestată, cum s-a mai spus, prin întrebările: "De ce?", "Cum?", "Pentru ce?" şi răspunsurile primite contribuie la îmbogăţirea bagajului de cuvinte. Adulţii sunt datori ca, pe măsura înţelegerii copilului, să-i răspundă cu cuvinte simple. În timpul plimbărilor îi vor spune numele florilor, arborilor, statuilor, clădirilor mai importante, îmbogăţindu-i vocabularul. Povestirea unor istorioare simple, răsfoirea în comun a cărţilor cu figuri, unele jocuri educative contribuie la mărirea bagajului de cuvinte. Puţin câte puţin, copilul devine capabil să-şi exprime prin vorbe gândurile şi impresiile sale. Astfel, ajunge ca la 6 ani să înveţe să citească şi să scrie limba pe care o vorbeşte.

În conduita lor generală şi, mai ales, în timpul jocului, copiii nu mai sunt tăcuţi. Băieţii în special fac zgomot imitând unele animale, personaje văzute în filme sau pe tovarăşii de joc mai mari. Fetiţele vorbesc cu păpuşile: le mângâie, le mustră, le instruiesc. Băieţii ţipă la camion, îi dau ordin să pornească, să meargă, să se oprească. Toate aceste "verbalizări" (cum sunt numite de psihologi) sunt semne de mulţumire, de sănătate psihică, de spontaneitate. La copiii din familiile cu mai mulţi copii, comunicările verbale sunt mult mai bogate, mai variate şi pe înţelesul lor. Copilul unic la părinţi, care nu poate să comunice decât cu părinţii şi cu bunicii, are dificultăţi de adaptare la limbajul adultului. Grădiniţa este instituţia care corectează această carenţă a mediului psiho-social al copilului.

Între 3 şi 6 ani începe şi perioada cuvintelor şi expresiilor grosolane, triviale. Aceste cuvinte sunt împrumutate, în general, dintre cuvintele care desemnează funcţiile de eliminare ("caca", "pipi") şi ale reproducerii umane (înjurături etc.). Copilul le pronunţă cu o satisfacţie provocatoare. Uneori, când este furios sau nu i se îndeplineşte o dorinţă, înjură şi continuă cu toate grosolăniile culese de la copiii mai mari. Părinţii sunt alarmaţi. După unii autori, grosolăniile se explică prin tendinţa de imitaţii. Copilul nu cunoaşte sensul real al cuvintelor grosolane; dimpotrivă, el are un sentiment de putere, are impresia că a trecut în rândul celor mari, exprimându-se şi ţipând exact ca ei când sunt supăraţi. Este bine ca părinţii să nu dramatizeze exploziile verbale ale copilului. Toţi membrii familiei trebuie să-şi controleze tonul şi expresiile atunci când sunt supăraţi. Dezaprobarea copilului se va face cu tact. Adulţii îi vor arăta copilului prin cuvinte simple, prin expresia feţei, prin limbajul personal că nu sunt de acord cu astfel de expresii. Adesea, unii părinţi "se distrează" şi sunt mândri de "cuceririle" verbale ale progeniturilor, încurajând astfel "progresele" copilului pe această linie. Alţii, din contră, dramatizează atât de mult, încât creează în copil un sentiment de vinovăţie, ce-l complexează şi-l pun într-un stadiu de inferioritate atât faţă de părinţii perfecţi, cât şi în faţa unor copii mai agresivi, cu o limbă slobodă.

Dificultăţi de limbaj. Fără a minimaliza rolul factorilor neurologici şi senzoriali, este important să se reţină influenţa capitală a condiţiilor afective şi relaţionale. Rolul mamei este esenţial. Dragostea şi spontaneitatea sa reprezintă un stimul indispensabil în apariţia şi îmbogăţirea limbajului copilului. Dezvoltarea limbajului depinde de asemenea şi de interacţiunea permanentă ce se stabileşte între copil şi adulţii care-l înconjură. Dacă aceştia, prin lipsă de educaţie, de timp (acordat copilului) sau din alte motive restrâng stimularea verbală şi "schimburile de vorbe" cu copilul, acesta va fi lipsit de elementele fonice şi afective ce-i permit să-şi construiască şi să-şi îmbogăţească limbajul. Astfel de situaţii se observă în unele familii dezorganizate sau cu certuri intrafamiliale. Condiţiile de viaţă moderne, lipsa de timp şi surmenajul părinţilor sunt factori care contribuie la multe întârzieri de vorbire. Grădiniţa are un rol important în corectarea unor deficienţe precoce de limbaj.

Trebuie ştiut de toată lumea că tulburările de vorbire au cauze numeroase, cu prognosticuri foarte diferite. Diagnosticul precis necesită de obicei colaborarea mai multor specialişti: un neuropsihiatru, un oto-rino-laringolog familiarizat cu problemele de audiometrie infantilă, un pediatru şi un logoped. De foarte multe ori, diagnosticul nu poate fi precizat după un singur consult. Înainte de 3 ani, surditatea pretează la multe discuţii. În momentul de faţă, cu ajutorul unor aparaturi moderne, la clinicile de O.R.L. se poate stabili cu precizie gradul de tulburare organică a auzului. Dintre tulburările uşoare de limbaj la vârsta de 3-6 ani se întâlnesc: o oarecare întârziere în vorbire, dificultăţi de pronunţare şi bâlbâiala. Se va cere sfatul medicului.

• **Comportamentul social.** În jurul vârstei de 3 ani interesul copilului este concentrat în mod evident asupra adulţilor care îi sunt parteneri şi îi servesc de model. În contactul permanent cu aceştia, el învaţă să deosebească noţiunile de **eu** şi **tu**. La început este încă foarte ascultător, deoarece adulţii îi uşurează posibilitatea de a fi activ, îi oferă jocuri, mâncare; treptat însă tinde la dobândirea independenţei, încearcă să-şi

verifice capacitatea de a voi, a putea și a hotărî el singur. În acest context apar cunoscutele reacții de încăpățânare, dacă propriile dorințe vin în conflict cu hotărârile luate sau impuse de adulți.

La 4 ani și-a stabilit în mare măsură o anumită independență și se adaptează (ajutat mult prin intermediul vorbirii) la programul zilnic. La această vârstă copilul nu este ușor de dirijat, din cauza nevoii lui imperioase de mișcare. Pe de altă parte, cu toată dorința de a deveni independent, reapare mereu nevoia de a se întoarce la protecția adultului (de exemplu, când se ivește vreo dificultate sau când este obosit).

La 5-6 ani comportamentul față de adulți este mai puțin grevat de conflicte decât la 3-4 ani. Copilul participă cu plăcere la activitățile adultului și se bucură când este încurajat că a făcut un lucru bun. Conflictele care apar pot fi lămurite prin intermediul vorbirii. Crește interesul și dorința de a se juca cu alți copii și de a măsura în mici competiții capacitățile și puterea. Începe să accepte reguli simple de comportare; cu timpul reușește să treacă propriile dorințe pe plan secundar, să respecte dorințele și chiar să caute societatea altor copii: formează grupuri restrânse de joc; preferă parteneri de joc de același sex. Încearcă să-și domine anturajul. La copilul singur la părinți se observă uneori o adevărată "luptă pentru hegemonie" cu bunicii. Se înfurie când nu i se fac poftele sau când este dominat în joc de alți copii. Nu-l mai potolesc laudele, are crize de mânie și tendințe la negativism.

• **Receptivitate și posibilități noi de cunoaștere.** A doua perioadă a întrebărilor ilustrează marea curiozitate, aviditatea după ceea ce este nou. Repetă tot timpul "de ce?", "pentru ce?", "cum se face?". S-ar părea că este mulțumit, când constată că i se răspunde cu răbdare și că nevoia de a întreba și de a ști este luată în serios. Ceea ce dorește copilul nu este cunoașterea în sensul intelectual, ci sentimentul de certitudine, de călăuzire în lumea încălcită care i se deschide în față. Unii adulți nu știu ce să răspundă la unele dintre întrebările copilului, încercând să-i satisfacă curiozitatea cu logica lor de adulți (cu abstractizări de neînțeles pentru copil). Este nevoie de explicații simple, pe înțelesul copilului, cu noțiuni și exemple din lumea ce cade sub simțurile lui. Alți părinți se enervează de întrebările "plictisitoare" ale copiilor; este și mai grav, copilul simțindu-se singur și frustrat în dorința lui de a deveni "mare".

• **Raționamentul și fantezia.** Din al 5-lea an, odată cu receptivitatea crescândă a copilului, crește și raționamentul său. El se gândește la cele auzite și învățate. Uneori, la mult timp după ce ascultă un basm, mama sau educatoarea se trezesc cu diferite întrebări legate de acesta. Acum copilul se gândește mult și încearcă să se exprime. Îi place și încearcă să imite zgomotele animalelor, face ușoare rime, creează cuvinte etc. Imaginează povești noi. Câteodată, pornind de la evocarea unui fapt real, inventează peripeții; alteori, jucându-se cu un cal sau cu o mașinuță, își închipuie tot felul de aventuri. Îi plac poveștile în care eroii sunt animale, cărora le atribuie propriile lui sentimente. Gustul pentru poveștile cu zâne și pentru fantastic vine după vârsta de 5 ani. Poveștile inventate de părinți trebuie spuse la fel, fără modificări. Preferă 1-2 povești repetate mereu și în aceeași variantă. Binele, curajul, modestia și, în general, trăsăturile pozitive, trebuie să caracterizeze personajele iubite de copil. Poveștile cu strigoi, șerpi, lupi etc. duc la spaime, somn agitat, coșmaruri, izolare sau maternodependență. În epoca actuală, cu revoluția tehnică extraordinară, cu extinderea televiziunii și cinematografiei, se observă o transformare a preferințelor copiilor, de la grădiniță și până la școală. Pe puțini îi mai încântă poveștile de felul "Alice în Țara Minunilor". Sub influența îndeosebi a televiziunii și a modului de viață al familiei din zilele noastre, poveștile pentru copii trebuie să aibă garanția că sunt sau pot fi reale, că sunt verosimile. Emisiunile de la televiziune din viața animalelor, desenele animate, ora copiilor etc. au luat în mare măsură locul poveștilor de odinioară.

Spre sfârșitul celui de al patrulea an de viață, copiii ating apogeul activității imaginative, care reprezintă – pentru un observator mai atent – cheia "lumii dorințelor" copiilor.

• **Imitarea adulților.** Copilul are tendința să înlăture toate îndoielile, prin victoria binelui asupra răului. Aceasta corespunde întru totul dorinței lui de a se comporta în așa fel încât să fie pe placul părinților, educatoarei, copiilor mai mari. Așteaptă totdeauna consimțământul și/sau lauda părinților. Încearcă să placă celor din jur. El imită pe adulți în jocurile sale "de-a mama și de-a tata", "de-a doctorul", "de-a polițistul" etc. În fantezia sa se vede adult și erou. Este mândru de părinții săi și este în stare să plângă sau să se bată dacă cineva ar spune ceva rău despre ei.

Copilul a constatat că este o ființă independentă. Acum încearcă să-și închipuie ce ar vrea să devină. Este logic să-și aleagă drept ideal pe cei din imediata apropiere, presupunând că părinții nu se comportă atât

de urât încât să nu poate fi acceptați de copil ca ideal de viață. Această fază de identificare care durează câțiva ani și este în continuă schimbare. Identificarea cu părinții întărește încrederea în sine a copilului. Încearcă să facă totul la fel sau mai bine decât ei. Aleargă cu ei și se bucură dacă-i întrece. La 3-3 ½ ani copilul și-a însușit noțiunile de "trebuie" și "este permis". Uneori se laudă, exagerează, folosește cuvinte mari. Toate acestea sunt încercări de a fi ca adulții. Se simte ca un adult și ar vrea să beneficieze de toate privilegiile acestuia: să nu se culce devreme, să privească la televizor împreună cu toată familia, să meargă în vizite, să mănânce cu lingura mare, să bea din ceașcă.

• **Identificarea cu alte roluri. Teatrul.** Trecând dincolo de identificarea cu părinții, începe să manifeste un interes crescând pentru toate rolurile. Îi place să se costumeze, jucând roluri potrivite. Rolurile importante și costumele șlipitoare sunt cele mai agreate. De la jocul "de-a mama și de-a tata" copilul trece la altele experimentând tot ce poate fi și face un om. După 4-5 ani vrea să joace și alte roluri (de animale, pe care le privește prin prisma propriilor sale vederi și dorințe: "cine mănâncă, pe cine?"; "cine este cel mai puternic?"; "cine este iubit, apreciat?") sau de personaje din unele filme (Tarzan etc.).

• **În cursul celui de al șaselea an de viață, dezvoltarea copilului mic s-a desăvârșit.** Toate funcțiile motorii sunt stăpânite fără dificultate. Copilul poate executa voluntar toate mișcările, chiar și pe cele mai fine și mai complicate. Pe plan psihic și spiritual se anunță o perioadă de stabilizare și armonie. Copilul învață să-și dirijeze voința. Înțelege justificarea unor ordine, deși continuă să întrebe mult "de ce", să se intereseze de urmările și consecințele posibile. Dar la această vârstă devine posibilă o adevărată gândire cauzală care-l ajută să înțeleagă motivația și felul acțiunilor. Astfel, copilul câștigă un nou sistem de referințe; el poate acționa rațional, imaginea sa despre lume devine mai realistă, problematica mai palpabilă.

a) *Gândirea logică și planificarea.* Cel de-al șaselea an ar putea fi denumit faza de experimentare a acțiunilor planificate. Descoperă necontenit fapte și legi care vin în contradicție cu tendințele impulsive și voința lui. Cu puțin timp înainte, el credea că obține lucrul dorit îndată ce și-l dorește. Acum descoperă că multe lucruri sunt inaccesibile și imposibile; începe să gândească, să aleagă și să plănuiască.

În desenele lui vrea să reproducă lucruri "care există"; prezintă interes pentru construcții, pentru desăvârșiri. Se întâmplă des ca un copil să spună: "trebuie mai întâi să treacă asta". Cel mai bine se evidențiază acțiunile planificate în activitatea creatoare. Copilul se gândește înainte, își programează ce vrea să deseneze, să modeleze sau să construiască, își caută mijloacele cele mai bune pentru a face un lucru cât mai perfect. Începe să înțeleagă valoarea și posibilitățile banului.

b) *Obligații și responsabilități.* Mulți copii cer la această vârstă să li se încredințeze mici sarcini și se bucură mult de aprecierea și lauda ce li se aduce dacă au dat dovadă de inventivitate, înțelepciune etc.

Încrederea pe care o arătăm copilului reprezintă un stimulent puternic pentru dezvoltarea sa, care se va manifesta pozitiv odată cu școlarizarea. Dorește să învețe să citească ceasul, literele alfabetului și cifrele. Este bine ca această dorință să fie încurajată, dar copilul nu trebuie suprasolicitat.

c) *Îndoieli și critici.* Începe să-și manifeste unele îndoieli și să exprime critici față de lucruri considerate până nu de mult ca fiind "bune". Părinții nu trebuie să urmărească să mențină cu orice preț credința în "Moș Crăciun", "zâna din poveste" etc., când copilul lor a început să se îndoiască de ele. Adesea se întâmplă ca ascultând o poveste să intervină cu remarci critice ca: "nu este posibil să alergi pe apă, te înec!" etc. Începe să se manifeste și spiritul autocritic. La această vârstă, copilul își apreciază acțiunile, prevede de exemplu cum vor reacționa părinții: cu laude, cu critici sau cu pedeapsă. Jaloanele de interdicții date de părinți și educatori, ca și tot ce vede el la părinți, fixează primele schițe de conștiință și devin linii directoare interioare ale propriilor sale acțiuni. Copilul înclină să accepte ca sigur valabile îndrumările date de părinți sau de educatoare; aceasta face parte din realitatea nou descoperită și îi conferă siguranță și sprijin.

4.2.3. *Alimentația*[1]

• Cu excepția băuturilor alcoolice, a mâncărurilor ardeiate sau piperate și a unor conserve, copilul de 3-6 ani poate mânca aproape de toate. Unii nu sunt însă în stare s-o facă. Gusturile sunt limitate, unele

[1] Vezi și capitolul despre școlar (pag. 248-252) și copilul mic (pag. 201-203).

alimente consistente le displac. Apetitul este foarte variabil de la un copil la altul: unii mănâncă orice, mult, de 5 ori pe zi (3 mese principale şi două gustări); alţii mănâncă numai de 3 ori pe zi; la alţii, cei din jur se miră "din ce trăiesc". Ţinând seamă de gustul şi apetitul copilului, dovedind înţelegere şi răbdare, se va evita lipsa de poftă de mâncare, frecventă la această vârstă.

Copilul unic la părinţi, supraîngrijit, este amenințat cel mai mult! Dacă i se fac toate poftele sau, dimpotrivă, dacă e forţat sau rugat să mănânce, copilul ajunge să refuze totul sau să prefere numai un fel de mâncare. Un astfel de copil dus la grădiniţă sau într-o familie cu mulţi copii mănâncă "tot" şi "de toate".

Copilul este uşor sugestionabil la această vârstă; boala adulţilor ("dureri de stomac", regimuri restrictive) îi impresionează şi astfel încep să invoce suferinţele adultului şi să refuze să mănânce. Înainte de a apela la diferite medicamente pentru "poftă de mâncare", părinţii sunt datori să verifice dacă nu este vorba numai de greşeli din partea lor.

Supraalimentaţia constituie de asemenea un pericol. Obezitatea este determinată foarte rar de afecţiuni endocrine etc. De cele mai multe ori este vorba de un aport excesiv caloric prin meniuri încărcate cu făinoase şi dulciuri.

Mâncarea copilului trebuie să fie variată (lapte, brânzeturi, carne, ouă, fructe, zarzavaturi) pregătită cu gust şi prezentată frumos. Copilul va fi obişnuit treptat să se spele singur pe mâini, să folosească singur lingura şi furculiţa. În formarea deprinderii de a mânca singur şi corect, adulţii au un mare rol: copilul îi imită pe aceştia. Supraprotecţia unor părinţi şi mai ales a unor bunici, de a "servi" şi a "îndemna" pe copil ce, cât şi cum să mănânce, va întârzia formarea deprinderii de a mânca singur şi se va prelungi masa în mod inutil.

Se pot da lichide atât între mese, cât şi în timpul mesei, când copilul solicită. În general, un copil are nevoie de cel puţin un litru de lichide pe zi (simple sau încorporate în alte alimente). Apa simplă sau sucurile de fructe naturale neîndulcite sunt de preferat. Copilul va avea un pahar personal.

• **Orarul.** Masa de dimineaţă se dă imediat ce copilul s-a trezit. În general, este la fel ca a adulţilor. La copiii obişnuiţi să se trezească de dimineaţă, se va da o masă mai consistentă (lapte simplu, cu cicoare sau cacao, precum şi o tartină din pâine cu unt şi cu gem sau dulceaţă), iar la cei care se trezesc mai târziu – o masă mai uşoară (1 pahar de lapte simplu sau fiert cu un făinos; ceai cu pâine cu unt şi/sau gem). La copiii care primesc dimineaţa o masă mai consistentă (ou, şuncă presată), masa de prânz se va da mai târziu şi nu va fi aşa de abundentă.

Masa de prânz constă, potrivit tradiţiilor culinare româneşti, dintr-o supă sau ciorbă, urmată de o mâncare cu carne şi încheiată cu un fruct, compot sau o prăjitură. Mulţi copii acceptă şi mănâncă totul cu plăcere. Alţii se satură cu supă sau cu ciorbă şi refuză felul al doilea, care de fapt este cel mai valoros din punct de vedere nutritiv. La aceşti copii, revenim cu sfatul nostru de a se începe cu felul al doilea mai consistent, iar supa sau ciorba să se dea, eventual, cu ceaşca, în timpul mesei sau după masă. În lipsa cărnii sau a peştelui se vor da brânzeturi cu făinoase, zarzavaturi etc. La copiii mofturoşi se poate folosi sistemul: un sandviş preparat cu pâine tăiată în felii foarte subţiri, peste care se aplică friptură rece tăiată subţire, salam de bună calitate, şuncă presată cu sau fără unt, salată de crudităţi, un pahar de lapte rece şi fructe. Mulţi copii refuză supa şi pâinea: părinţii fac mare caz de acest lucru. Este mai bine să fie înlocuite cu altceva. S-a exagerat mult rolul supelor în alimentaţia copiilor!

Gustarea de la 10 dimineaţa este facultativă. Se dau alimente uşor de digerat, de preferinţă numai fructe. *Gustarea de după amiază* se va fixa în funcţie de pofta şi de preferinţele copilului, precum şi de ora la care se serveşte masa de prânz şi de seară (suc de fructe, un pahar cu lapte sau iaurt, o tartină sau o prăjitură de casă).

Masa de seară. Este bine ca la această masă copilul să mănânce împreună cu toată familia. Tatăl trebuie să facă tot posibilul să vină la timp acasă pentru ca cel puţin seara (la masă, culcare etc.) copilul să simtă comunitatea "MAMĂ-COPIL-TATĂ". Ca alimente se indică, îndeosebi, laptele sau derivatele (brânză, brânză topită, caşcaval, iaurt) şi se evită dulciurile şi prăjiturile de cofetărie.

Meniul va fi unic pentru întreaga familie: carne, lapte şi/sau derivate, legume, desert. Copilul mănâncă de toate şi la fel cu toată familia!

• **Deprinderea de a fi curat şi manierat la masă.** Până la 3 ani se acordă o mare toleranţă în modul cum copilul reuşeşte să mănânce: varsă din linguriţă, ţine coada linguriţei şi cum poate, apucă cu degetele, varsă din ceaşcă sau din lingură când duce mâncarea la gură, face fărâmituri şi le aruncă pe jos, soarbe lichidele cu zgomot. Între 3 şi 6 ani părinţii nu trebuie să mai fie indulgenţi cu stângăciile, mofturile, extravaganţele şi indisciplina din timpul mesei. Desigur, nu este vorba

de o schimbare bruscă de atitudine. Cu calm, fără ironii, fără moralizări, i se va arăta cum să ţină lingura şi să apuce ceaşca, cum să bea, să soarbă fără zgomot şi cum să mestece cu gura închisă. Toate succesele copilului vor fi lăudate; eşecurile nu vor fi prea sever condamnate. Este foarte important ca toţi membrii familiei să mănânce cu grijă: "bunele maniere" nu se învaţă prin sfaturi, discursuri sau observaţii, ci numai prin exemple. Dorinţa de imitaţie a copilului îl ajută să-şi însuşească indicaţiile celor vârstnici. Insistenţele prea mari declanşează opoziţia bruscă a copilului. Astfel de incidente nu vor fi dramatizate. Dacă părinţii (şi îndeosebi bunicii) îşi vor schimba "metodele", cu timpul aceste reacţii vor deveni din ce în ce mai rare.

Hrănirea are şi un rol social, fiind o reuniune şi o comuniune între cei care o împart. Orele de masă în familie sunt ocazii de întâlnire şi de revedere a tuturor membrilor ei, prilej de schimburi de impresii, de descoperire reciprocă, de strângere a legăturilor sufleteşti.

Multe tulburări ale apetitului copilului de la această vârstă se explică prin greşelile ce se fac în legătură cu "ceremonialul" mesei: *a*) tensiune nervoasă; *b*) proasta dispoziţie care transformă în corvoadă alimentară ceea ce ar trebui să fie o reuniune fericită; *c*) la masa comună i se dă copilului să mănânce altceva decât mănâncă părinţii; *d*) forţarea copilului de a mânca după "prescripţiile" medicale (de exemplu, se refuză să i se dea apă la masă); *e*) lipsa de confort a copilului (scaun prea scund sau prea înalt, masa prelungită, rigiditate în "manierele" părinţilor etc.); *f*) tentativa de a se purta discuţii pe care copilul să nu le audă, să nu le înţeleagă; *g*) mustrări făcute copilului pentru că "nu mănâncă frumos" sau "nu a fost cuminte în timpul zilei" etc.

Trebuie să i se formeze copilului obişnuinţa de a se spăla totdeauna înainte şi după fiecare masă, precum şi de a se spăla pe dinţi după fiecare masă. Nu este deloc greu dacă o fac şi adulţii din anturajul apropiat.

4.2.4. *Probleme de somn*

• **Programul zilei şi somnul.** Programul zilnic al copilului de 4-5 ani este bine să fie adaptat la programul familiei şi/sau grădiniţei. Este de subliniat încadrarea treptată în colectivitate (prin intermediul jocului) şi marea importanţă a jocului şi somnului la această vârstă (ca de altfel în întreaga copilărie).

Comparându-l cu o maşină, somnul ar echivala nu numai cu oprirea maşinii, ci şi cu recuperarea pieselor. Aşa se înţelege că somnul nu poate fi înlocuit cu nici o altă situaţie (care permite influenţe exterioare). "Somnul este un proces biologic prin care se realizează o inactivitate care asigură capacitatea de a redeveni activ" (Gesell).

Pentru părinţi, somnul copilului de la 3 la 6 ani este un test foarte bun, atât pentru starea de sănătate, cât şi pentru satisfacţia produsă de condiţiile materiale şi sufleteşti oferite de mediul familial sau de grădiniţă. La vârsta de 3 ani copilul adoarme repede şi uşor. Se va respecta, în continuare, "ritualul" cu care este obişnuit să adoarmă: cu o jucărie preferată, cu un mic cântec. După 4 ani copilul vrea să adoarmă cu tatăl sau cu mama sa, cere să i se spună o poveste, vrea să vadă neapărat emisiunea preferată la televiziune sau să i se aducă jucăria sau obiectul de îmbrăcăminte primit recent.

Culcarea înseamnă despărţirea de părinţi. Trebuie să se facă totul pentru ca această despărţire să aibă loc într-o atmosferă paşnică, plăcută. Până la 5-6 ani, unii copii (mai ales copilul unic la părinţi) doresc să adoarmă cu uşa întredeschisă. Razele de lumină, zgomotul vocilor părinţilor îi dau un sentiment de siguranţă.

După vârsta de 3 ani, culcarea copilului se va face obligatoriu între orele 19,30 şi 21. Somnul din timpul nopţii este în general mai profund. Copilul doarme "dus", destins, cu faţa senină, cu respiraţia regulată, cu membrele relaxate, nemişcat. Durata somnului este variabilă. Cei mai mulţi copii dorm în timpul nopţii 11 sau chiar 12 ore, mai ales iarna.

Unii copii au un somn agitat, în cursul căruia se observă că îşi schimbă locul şi poziţia în pat, fac diferite strâmbături ale feţei, mişcări de supt, oscilaţii ale globilor oculari. Manifestările de mai sus ţin de temperamentul copilului, de unele incomodităţi (prea cald, prea învelit etc.) sau de perioadele de vis. Copilul se trezeşte mai târziu, dar totdeauna repede. Va fi deprins să aştepte să se trezească şi restul familiei. Pentru aceasta i se vor pune 1-2 jucării preferate, cu care să se joace în pat. Unii se strecoară în patul fraţilor mai mari sau al părinţilor de îndată ce se trezesc.

Copilul nu va fi trezit din somn. Trezirea bruscă declanşează aproape întotdeauna o stare de indispoziţie

şi chiar de nervozitate, manifestate prin: ţipete, lacrimi, crize de furie, tristeţe, refuzul de a mânca. Dacă se va provoca în mod repetat scularea bruscă a copilului, se poate ajunge la tulburări permanente. La copiii la care este necesară trezirea mai de dimineaţă şi la ore fixe (grădiniţă etc.), ora culcării de seară va fi cât mai devreme (ora 19), iar familia va evita tot ce întârzie somnul copilului: excesul de impresii (joc, vizite), starea de tensiune în familie, zgomotele, lumina prea vie.

Somnul de amiază (siesta) nu mai este indispensabil după vârsta de 4 ani. Este bine să se asigure la orice copil, cel puţin o oră de repaus în pat chiar dacă nu doarme. O mare parte dintre copii nu simt nevoia să doarmă în timpul zilei.

• **Tulburările de somn** sunt rare şi puţin importante la preşcolar. Ele dispar de obicei spontan sau se ameliorează prin corectarea unor deficienţe în mediul de familie. Când sunt persistente, corespund unei revendicări din partea copilului (carenţă de sentimente sau lipsa fizică a mamei sau/şi a tatălui).

a) *Somnambulismul* este o stare de automatism inconştient, care se manifestă prin acte coordonate în timpul somnului: merge, face mişcări sau acţiuni fără participarea voinţei (inconştiente), nu pune probleme la această vârstă. Nu se cunoaşte cauza: ar fi în legătură cu un sentiment de insecuritate sau cu o masă copioasă, luată târziu, înainte de culcare. Nu este necesar vreun tratament.

b) *Spaimele* încep adesea la 2-3 ani, cu teama de întuneric şi de singurătate. Se pot amplifica şi persista până la 5-6 ani. Copilul cere ca lumina să rămână aprinsă; adesea, dacă i se pune un întrerupător la îndemână (care-i permite să stingă lumina), nu se mai sperie. După 3 ½ ani la unii copii apare frica de animale sălbatice; spre 5-6 ani (mai ales fetiţele) se tem ca sub pat să nu se ascundă vreun individ periculos. La 6 ani copiii încep să se teamă de "umbre" sau fantome interpretate ca spioni, hoţi, ucigaşi, strigoi etc., care se ascund după o uşă sau un paravan. Convorbirile necontrolate, comentariile despre evenimente neobişnuite, poveştile de groază, vizionări prelungite şi/sau scene violente la televizor, conflicte între adulţi, ameninţare cu internarea în spital, închiderea copilului într-o cameră au o contribuţie însemnată în geneza acestor fenomene.

La copiii normali, cu părinţi echilibraţi, spaimele nocturne ale copilului sunt trecătoare.

c) *Visele*. După L. B. Ames, visul ar începe la copil spre vârsta de 2 ani. Spre 3 ani, copilul începe să relateze vise ocazionale; se pare însă că el povesteşte imagini nu numai din vise, ci şi imagini fantastice create de închipuirea lui. La circa 4 ani, expunerea viselor este amestecată cu istorioare şi evenimente reale sau imaginare. Mulţi autori consideră că relatarea viselor nu are baze solide decât spre 7 ani. Se consideră ca fidele numai visele povestite de copil spontan şi imediat ce s-a trezit din somn. Copiii au de obicei vise cu animale fioroase ce-i urmăresc, cu femei sau bărbaţi urâţi şi deformaţi ("baba-cloanţa"). Temele sunt foarte variate. Ei se visează părăsiţi în pădure, atacaţi şi "mâncaţi". Foarte des visează că nu pot să alerge, că sunt prinşi de către cineva, că nu se pot apăra. Aceste tipuri de vise se găsesc aproape la toţi copiii şi au o valoare simbolică: de teamă, de părăsire sau de despărţire, de pedepsire.

Visele urâte rare şi coşmarurile izolate nu trebuie să neliniştească pe părinţi: dacă se repetă, mai ales dacă revin cu aceeaşi temă, se va consulta pediatrul şi psihologul, care vor cerceta cauzele profunde, pentru a indica mijloacele de a le corija.

d) *Scrâşnirea din dinţi şi vorbirea în timpul somnului* se întâlnesc adesea asociate. Aceste dezordini apar înainte de vârsta de 3 ani şi pot persista foarte multă vreme, fiind descrise şi la elevi sau studenţi. Vorbirea în timpul somnului este legată de starea de nelinişte, de anxietatea copilului. Părinţii consultă adesea medicul, atunci când copiii scrâşnesc din dinţi.

Se pare că scrâşnirea dinţilor ţine câteodată de unele caracteristici ale oaselor maxilare, iar alteori de unele tulburări cerebrale. În urma unui studiu aprofundat, K. Abe şi M. Shimakawa au arătat că la copiii care prezentau una sau alta din aceste tulburări, unul din părinţi o prezenta şi la vârsta adultă.

4.2.5. *Îngrijiri, deprinderi, performanţe*

• Din cele expuse mai sus la dezvoltarea motricităţii globale şi fine, limbajului şi sociabilităţii, preşcolarul trebuie să fie capabil de un minimum de "performanţe" care se răsfrâng asupra organizării programului şi îngrijirii:

a) Începând de la 3 ani: se îmbracă cu ajutor, se joacă în grup, face un pod din 3 cuburi, copiază un cerc, își spune numele și prenumele, aruncă o minge, se ține pe un picior timp de o secundă.

b) Începând de la 3 ½ ani: se desparte ușor de mama sa, își știe sexul, înțelege și merge în trei direcții (înainte, înapoi etc.), sare pe loc și sare înainte.

c) Începând de la 4 ani: își încheie nasturii, arată linia cea mai lungă, copiază o cruce, desenează un chip de om (în mod grosolan) din 3 părți, înțelege cuvinte cu opoziții ("foame", "frig", "oboseală"), înțelege "pe", "înăuntru", "în afară"; sare pe un picior.

d) Începând de la 4 ½ ani: copiază un pătrat, desenează un omuleț din 6 părți, se ține pe un picior 5 secunde. Își cunoaște numele, prenumele, vârsta, deosebește mâna dreaptă de cea din stânga.

e) Începând de la 5 ani: se îmbracă fără ajutor, se ține pe un picior 10 secunde.

Deprinderile igienice[1] reprezintă o componentă de bază în educarea și păstrarea sănătății. Este bine să se creeze premise (corespunzătoare vârstei) prin care acțiunile de igienă să capete sens și plăcere. Pentru a ajunge la chiuvetă se va pune la îndemâna copilului un mic scăunel, care să aibă stabilitate. Obiectele personale de toaletă (săpun, burete, prosop, cremă, pastă de dinți) se așează pe o policioară corespunzătoare taliei copilului. Oglinda plasată la înălțimea potrivită îi permite să se privească în timpul efectuării deprinderilor igienice (spălat, pieptănat etc.) să-și desăvârșească cunoașterea schemei corporale și să se bucure de aspectul său îngrijit. Copilul va fi îndemnat să păstreze ordine între obiectele personale de toaletă și îmbrăcăminte.

Cu tact și calm se va instrui copilul ca începând de la 3 ani să poată face următoarele:

– să se spele singur; într-un lighenaș pus pe o măsuță scundă sau pe o lădiță în camera de baie sau în bucătărie; în apartamentele moderne, după 4-5 ani va fi învățat să mânuiască robinetele și să se spele la chiuvetă;

– spălarea după folosirea closetului și după joacă;

– folosirea apei și săpunului din abundență;

– să se dezbrace singur – el poate să-și descheie nasturii, să-și desfacă șireturile; scoaterea îmbrăcămintei de corp (tricouri etc.) se va face cu ajutor până la 4 ½ - 5 ani;

– să se îmbrace singur (performanță pe care el o dorește);

– să așeze în ordine hainele;

– să meargă singur la closet; după "ce-și fac nevoile" (mai ales după scaun), unii mai au nevoie de ajutorul unui adult, deși ei ar dori să rezolve singuri și această "problemă". Noaptea, unii copii se scoală singuri pentru a merge la "oliță" sau la closet;

– spălarea pe mâini și pe dinți înainte și respectiv după masă;

– golirea completă a farfuriei, punerea de o parte a veselei cu care a mâncat.

Dimineața, după ce se trezește, copilul se va scula din pat; lăsarea în pat îl predispune la lene. Dacă trebuie să plece dimineața devreme este bine să fie trezit cu blândețe din timp pentru a începe în tihnă ziua și a avea timp să mănânce liniștit. Personalitatea lui va fi subminată dacă mama sau bunica îi pregătește singură, sub cuvânt că nu este timp sau că este încă mic.

Bunele deprinderi se capătă acum. Dintre acestea, trebuie să se stabilească între copil și apă o "prietenie" care trebuie să dureze toată viața. Spălarea de dimineață trebuie să devină o plăcere. Tonul folosit de părinți, exemplul lor, temperatura apei, calitatea săpunului, condițiile de confort pentru spălare (temperatura din cameră, curățenia și ordinea din baie, obiecte de toaletă și spălat la îndemână etc.) și evitarea pisălogelii sunt elemente care trebuie luate în seamă pentru a stimula pe copil ca toaleta de dimineață să devină o deprindere plăcută și permanentă. Toaleta de dimineață include nu numai spălarea mâinilor și a feței, ci și a jumătății superioare a corpului ("de la brâu în sus") insistând mai ales în zonele cu transpirație abundentă (subțioară, cutele gâtului). Spălarea pe dinți și pieptănatul părului sunt obligatorii. Spre 5-6 ani, unii copii ajung să facă un duș "de dimineață" care, pe lângă curățirea mai eficace a corpului, are o contribuție și mai mare de călire a copilului și înfrumusețare a pielii.

• **Baia de seară generală**, în condițiile vieții moderne, este bine să se facă zilnic. Pentru ca aceasta baie să fie făcută cu plăcere, copilul va participa la deschiderea robinetelor și-și va fixa el singur temperatura și cantitatea apei din cadă, care nu trebuie să fie prea caldă (în jur de 36,5-38,5°C iarna și de 35°-37° C vara). Apa rece și "dușurile" (cu apă rece sau caldă) se utilizează cu acordul și plăcerea copilului. Începând de la 5 ani, un copil trebuie să poată să se spele singur, este adevărat, sub supraveghere. Este bine

[1] Vezi și "Copilul mic (1-3 ani)".

ca baia să se facă înainte de culcare. Dacă nu sunt condițiile necesare unei băi generale (lipsește instalația de baie, frig în casă, excursii, călătorii etc.) copilul va fi obișnuit să-și spele cu apă curentă: mâinile, picioarele, gâtul, subsuoarele. În astfel de condiții, baia generală se va face săptămânal.

Nu se va folosi săpun iritant, cu leșie, prea decapant. Se preferă săpunurile "grase" care curăță fără a dizolva stratul fin de grăsime care protejează pielea.

Tehnica băii. După ce copilul a "intrat" în cadă va fi lăsat să se destindă în apă. Apoi va fi săpunit peste tot (sau dacă este destul de mare, o va face el însuși). Cu o perie de unghii se vor curăți bine unghiile de la mâini și picioare. După vârsta de 4 ani copilul va fi obișnuit să folosească peria de baie care călește și face pielea moale. Se va începe încetișor, niciodată cu brutalitate. Se pornește de la gambe, genunchi și spate care sunt zonele cele mai puțin sensibile. Se periază în oval prin mișcări circulare pentru a activa circulația sângelui. Se va folosi o perie moale din păr fin, din mătase sau plastic fin. După 6 ani se poate folosi peria din păr de cal. Fie că se spală prin simplă săpunire, fie cu o mănușă, fie – în sfârșit – cu o perie, mama are datoria de a spăla bine, cu minuțiozitate și insistență pielea copiilor care la această vârstă este plină de praf. O bună fricțiune (în apă și după baie) constituie și un tratament care este stimulant pentru copiii lipsiți de vigoare, dar în același timp și de potolire pentru cei nervoși. De îndată ce copilul iese din apă, va fi înfășurat cu un prosop mare uscat bine încălzit și puțin aspru (in, cânepă, frotir). Va fi șters de umezeală mai întâi prin tamponare și apoi prin fricționare riguroasă și rapidă. După baie pielea copilului trebuie să fie roză, curată și moale. Apoi se curăță cu vată pavilioanele urechilor. Unghiile mâinilor se taie rotund, cele de la degetele picioarelor se taie (cu foarfeca sau cu cleștele) drept, fără a tăia deloc din colțuri; degajarea colțurilor poate antrena formarea de unghii încarnate.

Toaleta feței. Multe mame cred că pentru curățirea feței trebuie să săpunească, să frece și să-i facă să lucească, uneori să-i ungă. La mulți copii obrajii sunt ușor crăpați, aspri. Până la 5 ani fața copilului se spală cu apă obișnuită, cu sau fără săpunire fină; iarna se poate aplica seara o cremă cu lanolină în strat foarte fin, fără fricțiune (frunte, obraji, nas și bărbie). De la 5-6 ani, vârsta când copilul își face el însuși toaleta și când pe față apar pete de cerneală, pix, creioane colorate, praf sau murdării acumulate în timpul jocurilor, săpunirea este necesară o dată pe zi, dar cu un săpun de bună calitate sau cremă de ras, care nu înăsprește pielea, apoi se limpezește de mai multe ori cu apă multă, curată. Când copilul ajunge să se spele singur, învățați-l cum să săpunească fața, cu mișcări fine, fără fricțiuni viguroase și fără a-și introduce spuma în ochi. Nu-l certați dacă la început se spală ca "un pisoi" (gura, nasul, bărbia).

• **Îngrijirea părului.** Până la vârsta de 4 ani este bine ca părul să nu fie lăsat lung. Pentru băieți, este un lucru ce se înțelege de la sine. Pentru fete poate reprezenta un mic sacrificiu. Până la 4 ani părul este foarte fin, fragil și se încâlcește ușor. La fiecare pieptănătură, se smulge o parte din firele părului. Este interzisă pieptănătura în "coadă de cal" pentru că firele de păr strânse și trase de un elastic devin din ce în ce mai rare, fine ca un puf în jurul frunții și tâmplelor. Aceste fire mai subțiri nu sunt, așa cum cred unele mame, fire de păr care se regenerează, ci păr bolnav, semn al unei boli numită "alopecia"[1] cozii de cal. La fetițele pieptănate cu cărare, se va avea grijă ca, după fiecare spălare, să se schimbe locul cărării, pentru a nu da părului bucla definitivă.

Tunsul părului. Este necesar ca tunsul părului să fie făcut în direcția creșterii, efilând vârfurile și lăsând ceafa liberă. Nu se tunde părul "până la piele" cu mașina de tuns pe ceafă și înapoia urechilor.

Periajul. Se aleg de preferință perii din păr de porc sau de cal (nu de nylon). Părul copilului se periază în fiecare seară, pentru a-l curăți de praful acumulat în cursul zilei. Se periază în toate sensurile, șuviță cu șuviță, iar la urmă se piaptănă în sensul creșterii naturale a părului.

Spălarea părului. Se poate folosi la spălarea săptămânală a părului un șampon. Utilizarea prea frecventă a șamponului riscă să-l usuce și să-l facă mai friabil. Cei mai mulți copii au părul normal (nici gras, nici uscat), iar folosirea unui șampon prost, a detergenților sau a unor săpunuri cu sodă multă, ar avea efecte nefaste.

Temperatura apei de spălare trebuie să fie potrivit de caldă, niciodată prea ridicată. Șamponul se diluează într-un pahar cu apă și se folosește în doi timpi. Părul va fi spălat și apoi clătit de mai multe ori și cu multă grijă. Ștergerea se face cu un prosop cald și uscat, fără a freca și fără a ciufuli părul. Uscarea se poate face cu

[1] Căderea părului, parțială sau totală: chelie.

un uscător de mână reglat la temperatură medie. Pentru a descurca părul după spălare se va folosi de preferință un piepten din os, nu din plastic. Pentru păstrarea unei culori frumoase a părului se recomandă o limpezire finală cu apă limpede.

• **Aerul, soarele și mișcarea** sunt factori de o importanță capitală în călirea organismului copilului. Trebuie făcut tot posibilul ca la orice vârstă, dar mai ales la vârsta de preșcolar, copilul să nu stea în casă, ci să-și ducă viața în aer liber.

La familiile care au curte, copilul va fi lăsat tot timpul afară. Pentru un copil între 3 și 6 ani o grădină este o comoară de nepreţuit. O curte cu grădină care să satisfacă nevoile de joc și de mișcare ale copilului trebuie să aibă un teren liber și un colț cu umbră, unde se așează o masă mică și un scăunel, o grămadă de nisip. Într-un loc însorit se instalează un vas (cadă din plastic, un lighean mare întins) care se umple zilnic cu apă proaspătă; încălzită la soare, oferă copilului plăcerea de a se bălăci. În zilele călduroase, copilul va sta complet dezbrăcat și desculț. Când soarele este puternic va purta o pălărie. În lipsa grădinii și pentru locuitorii orașelor mari trebuie căutate posibilități de a pune pe copil în contact cu natura (parcuri, locuri de joacă, bazine de înot etc.).

Vegetalele exercită o acțiune binefăcătoare; florile și crengile cu frunze pe care le poate pipăi au o putere de atracție și dau o satisfacție care nu pot fi explicate, dar se simt din plin. Tăvălirea prin iarbă constituie o mare destindere. Pietrele, cochiliile de melci, castanele, ghindele au pentru copil un sens profund, de valoare stabilă, imperisabilă, spre deosebire de flori, crenguțe care se rup, se ofilesc.

Dragostea pentru animale nu este totdeauna ușor de satisfăcut. Adesea copiii cer însoțitorilor să meargă prin fața unei curți în care știu că sunt animale (câine, pisică, păsări de curte). O atracție deosebită o constituie pentru copii grădina zoologică, aeroportul, gara, fântânile arteziene.

• **Igiena picioarelor.** Timpul petrecut în aer liber are pentru copil și avantajul mișcării permanente, urmată de fortificarea musculaturii. Piciorul copilului se dezvoltă cel mai bine când aleargă pe un teren neregulat. Pentru prevenirea piciorului plat copilul va fi lăsat să-și petreacă zilnic câteva ore desculț sau în papuci cu talpă subțire. Va fi dojenit când calcă puțin cu vârfurile piciorului înăuntru și va fi îndemnat să facă unele exerciții ca: mersul pe vârfurile picioarelor, sărituri, alergare pe iarbă, exerciții de apucat cu degetele picioarelor. Se recomandă să poarte pantofi solizi (nu ghete) cu talpa flexibilă, cu fixitate suficientă pentru ca vârful piciorului să nu alunece în vârful pantofului. Pantoful prea mic este la fel de dăunător ca și cel prea mare. Orice pantof are un plus de lungime la vârf (de un deget) pentru creșterea piciorului și pentru mișcarea în față, în timpul mersului. Pantofii "balerini" nu sunt corespunzători deoarece sunt ascuțiți și prea decoltați în față. Iarna, copilul va purta ghete sau cizme. Cizmele din cauciuc sunt contraindicate (nu țin cald, iar piciorul transpiră).

• **Îmbrăcămintea** trebuie adaptată mobilității mari a copiilor și anotimpului, ferind corpul de răcire, umezeală sau radiații solare excesive. Este importantă permeabilitatea hainelor pentru aer și lumină. Țesăturile din in și fibre sintetice sunt mai puțin permeabile, favorizează transpirația. Pentru copii, țesăturile cele mai potrivite sunt cele din bumbac și lână; se adaugă cele din fibre sintetice, pentru trăinicie. Se aleg țesături moi, care se spală ușor. Hainele nu trebuie să împiedice mișcările corpului: vor fi croite și lucrate lejer pe piept, ceva mai strânse pe spate. Copilul în repaus răcește mai repede decât cel care se mișcă. De aceea, pentru a nu răci, dacă se dezvelește, pentru somn se preferă pijamaua. Se vor folosi numai obiecte de îmbrăcăminte cu croieli simple pentru a fi ușor îmbrăcate și dezbrăcate, dar nu se va pierde din vedere elementul estetic.

Rufăria de corp va fi din bumbac (se evită contactul direct al țesăturilor din fibre sintetice cu pielea). Elasticul nu va fi prea strâns. Pentru un copil mic sunt necesare 6 tricouri și 6-10 perechi de chiloți. Pieptărașele pot fi folosite pentru fixarea ciorapilor lungi. Foarte buni sunt ciorapii-pantalon.

Hainele care se poartă pe deasupra. Iarna se recomandă pantaloni lungi care se fixează cu un elastic trecut pe sub talpă. Vara, copilul poartă pantaloni scurți cu bretele, iar fetițele – fustițe. În anotimpul rece: pulover din lână, canadiană (din fibre sintetice sau doc) căptușită cu blană, paltonaș din stofă. Importante sunt căciula și mănușile, deoarece corpul pierde o cantitate mare de căldură la mâini și cap.

• **Jocul și jucăriile** fac parte din nevoile fundamentale ale copilului; îi procură o satisfacție afectivă, îl preocupă și-l împiedică să se plictisească. Jocul are și valoare intelectuală, de descoperire și stimulare a talentelor, precum și de exercițiu de

îndemânare. Concentrarea și ardoarea cu care copilul se poate cufunda în joc, până la uitarea de sine, ilustrează dimensiunea importanței jocului la această vârstă.

Copilul are nevoie de libertate în joc. Va fi lăsat să-și caute singur jocul după preferințe și dispoziții. Nu se va interveni cu frânări decât atunci când, din neștiință, ar putea produce pagube, își pune viața în pericol. Unii copii trebuie dirijați, în mod discret, să învețe să se joace singuri. Dacă apelează mereu la însoțirea și supravegherea excesivă a unui adult, inițiativa, imaginația, spiritul creator nu se dezvoltă.

Trebuie încurajat jocul în societatea altor copii, de vârstă apropiată. Pe lângă faptul că este mai "interesant" pentru el, jocul cu alți copii îl formează ca personalitate: pe de o parte învață să coopereze, să joace cinstit, să nu trișeze, să spună adevărul; pe de altă parte, relaționarea cu alți copii se face cel mai bine prin joc, intrarea în colectivitate fiind astfel pregătită (rol social).

Desfășurat în aer liber, jocul dă prilej copilului să-și descarce surplusul de energie și contribuie la călirea și dezvoltarea armonioasă a corpului. Nu trebuie evitate zilele mai reci sau chiar ploioase, cu condiția să fie bine îmbrăcat.

La această vârstă, cei mai mulți copii iubesc încă jocurile de mișcare (alergare, balansare, tobogan), dar în același timp capătă gustul cărților cu ilustrații, a jocurilor de construcție, de modelare: deprind plăcerea de a decupa, lipi și colora.

După vârsta de 3 ani mulți copii își manifestă dorința de a participa la treburile gospodărești (fetițele curăță mazăre, scot coditе de la fructe, fac prăjituri împreună cu mama, ajută la măturat, șterg praful; iar băieții la activități în aer liber, îngrijirea animalelor, lucru manual). Această tendință trebuie încurajată, pentru că îi conferă un sentiment de împlinire și mândrie și canalizează "jocul" spre activitate practică "utilă". Spre 5-6 ani i se pot repartiza mici sarcini "cu răspundere". Din când în când poate primi o recompensă.

Alegerea jucăriilor pentru un copil trebuie să țină seama de vârsta sa mentală în raport cu vârsta reală, de sexul, de interesele și capacitățile sale. Unii copii de 4 ani desenează tot atât de bine ca alții de 6 ani, în timp ce alții, cu inteligență egală, nu știu să deseneze și nici nu manifestă interes pentru desen.

Nu toate jucăriile au valoare educativă (cele mai scumpe nu sunt și cele mai potrivite!). Jucăriile complicate reține atenția pentru puțin timp, apoi sunt părăsite sau demontate, "cercetate". O păpușă mare și scumpă nu va place în mod obligatoriu mai mult decât una comună, care poate fi mânuită și iubită mai bine. O mobilă în miniatură, cu veselă, rochițe de schimb și resturi de țesături pentru păpuși sunt preferate de cele mai multe fetițe. Își exersează deprinderea de a îmbrăca și dezbrăca păpușa, spală "rufele" și vasele etc. Pentru băieți modele simple de automobile, tractoare, avioane, o roabă etc. constituie un "parc de vehicule" cu care imaginația lui își poate da frâu liber.

Trotineta, tricicleta, mingea sunt potrivite pentru jocul în aer liber. Pentru ocupațiile "statice" se vor alege, cum am mai spus: cărți de colorat, jocuri de construcție simple, mozaic din plastic, loto cu imagini, jocuri cu mărgele, lucru manual (de cusut și țesut, pentru fetițe). Spre 6 ani se introduc jocuri cu cifre și litere.

Nu se vor dărui copilului multe jucării deodată, deoarece îl plictisesc. Se poate oferi un sertar dintr-o comodă, un cufăr, un raft dintr-un dulap unde să-și păstreze jucăriile. Va fi îndemnat (și supravegheat) ca după ce s-a jucat să le strângă și să le pună la loc.

4.2.6. ***Sportul***

Contribuie la dezvoltarea armonioasă a corpului și a minții. Romanii au spus-o înaintea noastră: "Mens sana in corpore sano" (Minte sănătoasă în corp sănătos). S-a dovedit că exercițiul fizic corect făcut permite o mai bună dezvoltare a aparatului cardiovascular și a celui inspirator, de care copilul va profita toată viața. Trebuie știut însă că un antrenament excesiv și condus într-un mod inconștient poate avea consecințe nefaste asupra dezvoltării copilului. Pe termen lung, sportul este o asigurare împotriva pericolelor civilizației (deformări ale coloanei vertebrale, obezitate, ateroscleroză etc.). Când practică un sport copilul se va dezvolta mai bine, va avea mai multă încredere în el, mai bune legături cu alții și va fi mai în largul său în viața de toate zilele. La sfatul medicului pediatru, copilul poate fi dirijat spre anumite sporturi pe care să le practice sub formă de exerciții "de începător".

• **Gimnastica** este un sport complet care se poate practica în toate anotimpurile și care se poate începe

chiar din perioada de sugar. Gimnastica îmbină elemente de dans şi acrobaţie cu exerciţii la aparate (bară fixă, bârnă, cal, paralele, inele) şi dezvoltă supleţea, agilitatea, graţia, frumuseţea corpului. Singurul inconvenient al acestui sport este că se practică mai mult în sală.

• **Natația (înotul)** este sportul cel mai complet şi cel mai adaptat pentru o dezvoltare armonioasă a corpului (muşchilor), respiraţiei şi circulaţiei. Toţi copiii ar trebui să înveţe să înoate şi să se antreneze în mod regulat. În ultimii ani s-a făcut mult zgomot prin mijloacele de informaţie pentru marele public despre "sugarii-înotători". Introducerea precoce a copiilor în bazine ar permite o obişnuire precoce şi originală cu apa. Desigur nu se poate învăţa crawl (craul) sau brass la 6 luni! Pentru a se ajunge la coordonarea mişcărilor şi respiraţiei trebuie aşteptat 5-6 ani. Am vrea să precizăm că tentativele de a învăţa pe copil să "înoate" sub vârsta de 3 ani trebuie făcută în bazine speciale de către adulţi pricepuţi. Unul din scopurile procedeului este de a duce pe copil la o autonomie completă în apă şi de a-i uşura dezvoltarea psihomotorie prin mişcări în mediul acvatic. Undele mediului acvatic, percepţiile senzoriale, jubilarea motorie constituie prilejuri de plăcere unică pentru copil. Contactul cu apa, jucăriile şi părinţii îl ajută pe copil să-şi structureze spaţiul său şi să cunoască propriul corp. Se ştie că fiinţa umană nu foloseşte decât o parte din posibilităţile sale psihomotorii. Bogăţia de senzaţii, de stimulări care intervin în această experienţă, constituie un mijloc de a creşte facultăţile sale fizice şi psihice. S-a spus că scoţându-l din scutece, se contribuie la stimularea şi transformarea unui "bebe-asistat" într-un "bebe-autonom". La familiarizarea cu apa, un rol important îl au relaţiile "mamă-copil" şi "tată-copil", modul cum este acceptată apa de către mamă (teamă, plăcere) şi îndemânarea celui ce introduce şi asistă pe copil în apă. Trebuie ştiut că autonomia completă a copilului în apă apare între 24 şi 36 luni. Este vorba de o motricitate adaptată pentru menţinerea la suprafaţă ("înotul câinelui mic").

În practică, înainte de a lansa un copil mic în apă ar trebui:

– baia zilnică să fie primită cu plăcere de către copil;

– pe măsură ce copilul creşte să se acorde o perioadă mai prelungită îmbăierii, cu jocuri în apă şi cu "bălăceală";

– de la cada mică se va trece la cada mare a familiei, bineînţeles cu "asistenţa" atentă a mamei, în jurul vârstei de un an;

– vara, în curte se va improviza un "bazin" în care copilul să se bălăcească toată ziua (cada de plastic, de tablă galvanizată, de plastic gonflabilă, la marginea râurilor etc.).

Numai după aceste pregătiri prealabile se va trece la ceea ce preconizează unele cercuri de părinţi: la adevăratele exerciţii de "bebe-înotători".

– Se alege o piscină cu antrenori (monitori) special formaţi pentru copiii mici; instruirea nu se improvizează, ci este bine codificată.

– Se verifică starea apei (curăţenie, temperatură): este de mare importanţă ca în apă, copilul să nu aibă senzaţia de frig. Aerul din jurul bazinului trebuie să fie curat şi cu temperatură corespunzătoare, plăcută.

– Se prevăd şedinţe regulate şi suficient de apropiate (una sau două şedinţe pe săptămână). Nu se încep şedinţele de înot dacă părinţii nu pot merge la bazin decât o dată pe lună (ar trebui să fie luat totul de la început).

– Părinţii înşişi trebuie să fie obişnuiţi şi să le placă apa, deoarece copilul simte uşor anxietatea lor şi nu progresează. Şedinţele sunt progresive, se fac sub supravegherea antrenorului şi se adaptează la fiecare copil.

Spre 5-6 ani copilul poate merge la cursuri de înot organizate în grup şi conduse de un specialist, fără prezenţa părinţilor.

• **Bicicleta** se practică devreme. La început (în jur de 1 ½ - 2 ½ ani) copilul este în stare să meargă pe tricicletă; între 3 şi 4 ani se poate trece la bicicleta cu roţi mici. Este un sport excelent pentru dezvoltarea aparatului cardiovascular şi a musculaturii membrelor inferioare. De cele mai multe ori, este considerat ca un joc.

• **Mersul (drumeţia, plimbarea)** este o activitate a timpului liber din familie. În fiecare zi copilul va fi dus la plimbare (1-2 ore pe zi) iar în vacanţe "drumeţia" va fi în funcţie de vârsta copilului, de climat şi de relief, de câteva ore în fiecare zi.

• **Dansul clasic sau ritmic** este foarte apreciat, mai ales de fetiţe. Se poate practica de la 3 ani. Pe lângă efectele de gimnastică "corectivă" (picior plat, abdomen mare, deformări ale coloanei vertebrale etc.), are un efect binefăcător asupra copiilor timizi, instabili, negativişti.

• **Patinajul** este un sport tehnic nu totdeauna accesibil, înrudit cu dansul și care dezvoltă echilibrul, grația, suplețea, curajul. Poate fi început la 3 ani.

Patinajul dezvoltă detenta, echilibrul, stăpânirea gesturilor; are influență asupra mușchilor gambelor și coapselor și asupra siluetei. La copiii mici este un excelent exercițiu de pregătire pentru schi.

• **Patinele cu rotile** reprezintă o formulă de sport foarte răspândită a tuturor copiilor.

• **Schiul** este un sport care poate fi practicat foarte devreme și care face parte din viața zilnică din regiunile muntoase înzăpezite. Pentru copilul de la oraș schiul este un bun mijloc de a profita de altitudine și de un climat sănătos, cu ameliorarea echilibrului și motricității.

Copilul trebuie să fie îmbrăcat călduros, eventual cu cască pe cap și cu ochelari împotriva reflecției razelor solare. Ședințele nu trebuie să fie prea lungi; înainte de a schia, copilul trebuie să fi beneficiat de odihnă și de o masă consistentă (dar nu copioasă). Instruirea se face la început sub formă de jocuri.

În încheiere, am vrea să precizăm că jocurile obișnuite oricât ar fi de indispensabile și de plăcute, nu sunt suficiente. Jocul de-a v-ați ascunselea, plimbarea, zbenguiala sunt necesare, vor duce la gambe puternice, dar mușchii brațelor și ai spatelui nu se vor întări. După 3 ani și până la 5-6 ani, la jocuri trebuie să se adauge una sau două activități din următoarele sporturi: natația, gimnastica, bicicleta, dansul ritmic, schiul, patinele cu rotile, patinajul. Antrenarea copilului în activitățile gospodărești constituie un mijloc excelent de călire și de inserție socială.

4.2.7. *Mici probleme de educație*

• **Alegerea unui animal de casă.** Copiii iubesc animalele și sunt încântați dacă părinții le permit prezența în casă. Prima condiție, ce trebuie respectată la alegerea unui animal de casă, este ca acesta să se potrivească particularităților căminului și situației familiei. Un considerent major trebuie să fie talia animalului ales și necesitățile sale de mișcare: un câine foarte mare este evident nepotrivit pentru un apartament sau o locuință de oraș cu grădină mică. O alegere potrivită pentru astfel de condiții o constituie un animal mic cum ar fi: o pisică, un câine de aparta. hamster, un cobai, un iepure de casă. Un alt cri. d constituie costul de întreținere: un câine mare poate fi o problemă, în timp ce întreținerea unui animal mic este mai lesnicioasă. Problema care se pune înainte de alegerea și achiziționarea unui animal de casă este responsabilitatea pe care o poartă întreaga familie față de acest animal, în creșterea, dresarea, asigurarea unui culcuș, a unei atmosfere agreabile. Copiii sunt încântați în a coopera la îngrijirea animalului și trebuie încurajați să vegheze asupra tuturor necesităților lui, dar greul și munca responsabilă și constantă va cădea tot pe umerii adulților. Copiilor mai mari le place adesea să simtă responsabilitatea deplină pentru protejatul și prietenul lor. Vacanțele pot fi problematice dacă animalul nu poate însoți familia. De aceea, înaintea alegerii trebuie verificat dacă există posibilitatea ca pe durata vacanței "odorul" poate să fie lăsat în grija cuiva. Tot înainte de alegerea animalului se va cere sfatul medicului pediatru care va avea în vedere criteriul vârstei potrivite a copilului, și eventuale stări patologice (alergii).

Animale și păsări de casă cu răspândire largă sunt: câinele, pisica, hamsterul, iepurii, cobaiul, canarii, papagalii mici, peștișorii etc.

Animale și păsări neobișnuite ținute în casă: gâsca, găina, șoricelul, papagalii mari, corbul, cioara, porumbeii, broasca, diferite insecte etc.

Grija de zi cu zi față de animal contribuie la educarea copilului, dezvoltând simțul de răspundere. Un animal oferă copilului o alternativă de investiție afectivă și se supune unei nevoi instinctive de societate, îngrijire, creștere.

Copilul poate fi martorul (într-un mod foarte natural) al ritualurilor nupțiale și al nașterii puilor. Mai mult, experiența pierderii sau a decesului prietenului-animal ar putea fi un ajutor în trecerea peste durerea provocată prin pierderea celor dragi – peste ani. Pentru copilul unic la părinți, un câine mic sau o pisică rezolvă parțial nevoia de joc, de mișcare și de contact social.

În foarte rare cazuri, animalele crescute în casă reprezintă o amenințare pentru copil. Se recomandă ca animalul să fie examinat la achiziționare și periodic de un medic veterinar. Dintre bolile transmise de animale cele mai frecvente sunt unele urticarii, alergii respiratorii, parazitoze ale pielii și intestinale; mai rar pot transmite boli ca: boala ghearelor de pisică, turbarea, toxoplasmoza, ornitoza, psittacoza, salmoneloza, colibaciloze. Pieptănatul, protecția

împotriva paraziților (purici, căpușe) pot preveni în mare măsură apariția unor afecțiuni la copil. Mai periculoase sunt contactele copilului cu excrementele animalului, fapt pentru care instruirea animalului de casă pentru curățenie este esențială. Față de animalele care mușcă, copiii trebuie instruiți să nu se "tutuiască" cu ele. Animalele trebuie vaccinate conform legilor în vigoare.

• **Autoritatea părinților** se mărginea altădată la a da ordine care nu țineau seama de personalitatea copilului. În zilele noastre, revendicările unor psihologi în favoarea copilului au fost adesea greșit interpretate, încât unii educatori au considerat că nu trebuie nimic poruncit și nici interzis copilului (s-a creat chiar un curent de "educație antiautoritară"). Conduita corectă este la mijloc: copilul trebuie, într-adevăr, respectat în nevoile lui esențiale, dar în același timp este necesară o autoritate vigilentă pentru a-l învăța limitele puterii sale, a deveni disciplinat în vederea unei inserții sociale eficiente. Principalul sfat dat de psihologi vizează formularea ordinelor: ele trebuie să fie totdeauna clare și precise, să fie pe înțelesul copilului, să nu fie retrase.

Recompense și pedepse. Recompensa nu trebuie înțeleasă într-un sens restrâns (dacă va face un anumit lucru sau va fi "cuminte", va căpăta o prăjitură), pentru că ar duce la un comportament condiționat. Atmosfera sănătoasă, destinsă în familie, cu mici festivități vesele, organizate spontan, reprezintă cel mai bun stimul pentru comportarea "corespunzătoare" a copilului. Pedeapsa este indispensabilă pentru unii copii care au comis o faptă interzisă. Nu sunt necesare pedepsele corporale; copilul resimte mult mai dureros retragerea afecțiunii și indiferența părinților. Pedeapsa dreaptă și adaptată greșelii îl eliberează pe copil de sentimentul de vinovăție. Pe de altă parte, pedepsele inutile, "descărcarea" nervilor unui adult, precum și orice act de nedreptate, nu sunt uitate niciodată de copil.

Sunt interzise: *a)* amenințarea cu bătaia, fără a o aplica vreodată; *b)* interdicția să mănânce (ca măsură disciplinară); *c)* a speria copilul cu povești de groază; *d)* a promite o pedeapsă pentru mai târziu (copilul uită delictul!); *e)* a promite o recompensă și a nu respecta promisiunea făcută; *f)* contradicțiile și lipsa de unitate a adulților în probleme de educație.

• **Grădinița.** Vârsta la care un copil poate frecventa grădinița se va stabili după un consult cu medicul pediatru și – eventual – cu psihologul de la dispensarul policlinic. Admiterea la grădiniță se va face în funcție de: *a)* gradul de maturitate fizică și neuropsihică; *b)* starea de sănătate; *c)* mediul familial; *d)* adaptarea cu colegii de grădiniță și cu educatoarea.

Copilul care frecventează grădinița se deprinde să se scoale la ore fixe, să aibă un program ordonat al zilei, să mănânce, să se spele pe mâini, să se îmbrace și să se dezbrace singur. Programul de instruire ("lecțiile") îl pregătește în vederea școlarizării, iar disciplina și viața în colectivul de copii acționează pozitiv în sensul socializării lui.

Pot fi descoperite acum unele tulburări ușoare trecute cu vederea până la frecventarea grădiniței: dificultăți de atenție, de concentrare, neîndemânarea, memoria deficitară, dificultăți de înțelegere, defecte de vorbire, timiditate, tulburări ale auzului sau văzului. Unele din aceste deficiențe pot fi corectate până la intrarea în școală.

5 REȚETE CULINARE

5.1. Produse industriale pentru alimentația sugarului

Generalități. Produsele industriale destinate alimentației sugarului și copilului mic sunt prezentate de către fabricile producătoare în ambalaje ermetic închise (cutii de tablă, pungi de plastic, pungi de hârtie impermeabilă). Au avantajul că asigură un produs cu compoziție și sterilitate garantată. Depozitate corespunzător (în încăperi uscate răcoroase) se pot păstra trei luni de zile.

Pe ambalajul produsului industrial trebuie să fie inscrise și în limba română: compoziția preparatului, modul de preparare (și cantitatea de produs recomandat), vârsta de la care se poate administra sugarului, data fabricației și durata valabilității. Înainte de folosire se impun câteva precauții: a) se verifică termenul de valabilitate al produsului; b) se controlează dacă ambalajul este în stare perfectă (cutiile să fie ermetic închise, pungile de hârtie sau plastic să nu fie rupte sau umezite; c) se face controlul organoleptic al produsului (pulberea de lapte trebuie să fie omogenă, fină, alb-gălbuie, catifelată la palpare, fără grunji, să aibă gust și miros caracteristic; dacă pulberea este aglutinată în bulgări, are culoare mai închisă sau verzuie, miros rânced sau gust amar, nu va fi administrată copiilor; d) nu se folosesc produse din cutii deschise de mai multă vreme; e) pentru care perioadă a copilăriei este valabilă; f) compoziția exactă a conținutului.

Produse din lapte

Alegerea și modul de preparare a produsului din lapte pentru sugar se vor face la indicația medicului, în funcție de vârstă, toleranța digestivă și starea de nutriție a sugarului. Se va respecta concentrația indicată pe ambalaj sau cea recomandată de medic (care are datoria de a o adapta la fiecare caz în parte).

Lichidul de diluție (în care se resuspendă pulberea de lapte) poate fi: apa simplă fiartă (pentru nou-născutul în primele 2 săptămâni de viață și pentru preparatele adaptate), apă (decoct) de orez 2-3% sau mucilagiu de orez. Acesta se prepară pentru 24 de ore și se păstrează la frigider.

Îndulcirea se face cu zahăr în concentrație 5% (dacă instrucțiunile de pe ambalaj nu prevăd altfel), cu excepția preparatelor adaptate și parțial adaptate, care nu necesită zaharizarea. Trebuie subliniat că, după adăugarea zahărului, laptele mai trebuie dat o dată în clocot (se poate folosi siropul de zahăr).

Produsele de lapte destinate alimentației sugarului au fost prezentate anterior.

Produse din cereale, fructe și legume

Se pot prezenta sub formă de pulbere (de exemplu făinuri de cereale, simple sau în amestec) care necesită a fi fierte înainte de folosire (făină de orez, zeamil) sau nu (preparate instant), sau sub formă de pireuri la borcănele. Și acestea din urmă pot conține un singur fel de fructe sau legume (morcov, măr, piersică, un amestec de fructe și/sau legume (morcov cu măr, măr cu gutuie etc., sau pot avea adaosuri (cereale, carne etc.).

Pe eticheta acestor produse va fi menționată la vârsta care se recomandă folosirea, compoziția preparatului și durata de valabilitate. Pireurile destinate sugarului poartă mențiunea "Baby", iar cele pentru copilul la care funcția masticatorie este prezentă - mențiunea "Junior" (peste un an). Înainte de folosirea pireului, acesta va fi ușor încălzit într-un vas cu apă caldă. Borcanul început nu se păstrează mai mult de 24 ore (la rece). Este de preferat să fie consumat la o singură masă. În cazul în care copilul se satură cu cantități mai mici, conținutul se porționează pe mese sau zile; nu este permis să se păstreze alimentul din care s-a servit (saliva copilului duce la degradarea în timp a alimentului respectiv).

5.2. Rețete pentru sugar

Reguli generale pentru pregătirea preparatelor din fructe sau zarzavaturi. Pentru păstrarea valorii nutritive a alimentelor (în special a vitaminelor) și evitarea îmbolnăvirii copilului (contaminarea cu diferiți germeni patogeni sau cu substanțe toxice), se vor respecta următoarele reguli:

– persoana care prepară alimentele se va spăla pe mâini cu apă și săpun, iar vasele și ustensilele folosite se vor spăla cu detergent și se vor opări încă o dată înainte de întrebuințare;

– fructele și legumele crude se aleg cu grijă și se spală din abundență cu apă sub jet;

– se folosesc numai cuțite inoxidabile;

– vasele de bucătărie pentru copii vor fi din material special (oțeluri speciale) sau smălțuite;

– prepararea (curățire, tăiere, răzuire) se face cu puțin timp înainte de fierbere pentru a nu fi păstrate prea mult în apă. Alimentul preparat se servește cât mai repede după fierbere; în caz contrar, se răcește imediat și se păstrează la frigider sau congelator;

– alimentele se fierb cât mai scurt timp posibil, în cantitate mică de apă și în vase acoperite cu capac; apa de fierbere nu se aruncă (conține vitamine și săruri minerale).

Apa (decoctul) de orez. Pentru prepararea apei de orez sunt necesare:

30 g orez (6 linguriițe sau 2 linguri cu vârf); 50 g zahăr (10 linguriițe); un litru de apă. Se alege orezul de impurități, se spală cu mai multe ape și se lasă să se înmoaie aproximativ 1/2-2 ore în apă rece. Apoi se completează apa în care a stat orezul până la 1 1/2 litru și se fierbe la foc domol aproximativ o oră până când bobul de orez "înflorește" și se zdrobește ușor, iar apa scade la un litru (în timpul fierberii se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de fundul vasului). Se strecoară printr-o sită sau prin tifon, se adaugă zahărul și se mai dă în fiert câteva clocote. Se folosește ca lichid de diluție pentru preparatele din lapte praf sau ca aliment de tranziție în boala diareică. Se îndulcește cu zahăr 5%. Poate fi preparată și din făină de orez sau din "cereale de orez" instant.

Biscuiți pentru sugari: 530 g făină, 250 g zahăr pudră, 250 ml lapte, 60 g unt, un vârf de cuțit de bicarbonat.

Se frământă un aluat, se taie biscuiți de formă dreptunghiulară și se coc la foc potrivit în tava tapetată cu făină. După răcire se trec prin mașina de tocat (ca pesmetul de pâine) și se păstrează într-o cutie bine închisă. Se folosesc (opăriți în prealabil) cu suc de fructe sau cu măr ras (4 linguriițe de pesmet pentru un măr mare ras) sau alte fructe strivite și ca adaos la lapte sau iaurt.

Biscuiți cu brânză de vacă. 2-3 biscuiți (pesmet) se opăresc cu 100-150 ml apă. După răcire se adaugă 50 g brânză de vacă și 1-2 linguriițe sirop de zahăr. Se mai poate adăuga suc proaspăt de fructe (mere, piersici, portocale) sau de roșii.

Brânză de vaci. Se prepară atât din lapte nefiert, cât și din lapte fiert. Pentru sugari se recomandă prepararea numai din lapte fiert.

a) Brânza de vacă din lapte nefiert. Laptele este lăsat să se prindă la temperatura unei camere încălzite sau și mai bine pe o plită caldă. După 12-24 de ore se ia smântâna și se pune laptele la foc moale, amestecând mereu, până când se formează cheaguri mari de brânză. Se lasă să se răcească, apoi se pune într-un săculeț de tifon, sau se trece printr-o sită deasă pentru ca să se scurgă zerul. Atenție la calitatea laptelui!

b) Brânza de vacă din lapte fiert. Laptele fiert se însămânțează cu maia, specială sau cu iaurt preparat cu o zi înainte (2-3 linguriițe la 200 ml lapte) și se pune la prins la temperatura camerei sau și mai bine pe o plită sau pe un calorifer cald. În continuare, modul de preparare este același ca pentru brânza de vacă din lapte nefiert.

c) Brânza de vacă preparată rapid cu lactat de calciu. Se fierbe 1 litru de lapte de vacă sau lapte praf integral. După ce se răcește puțin se adaugă 8-10 comprimate de lactat de calciu (4 g) pisate în prealabil. Se lasă să se răcească, apoi se pune la scurs într-un săculeț de tifon. Brânza astfel obținută se trece eventual printr-o sită deasă, pentru a se obține grunji fini. Este necesară o cantitate de lapte de 4-5 ori mai mare decât cantitatea de brânză pe care dorim să o pregătim (pentru 200 g brânză este necesar circa 1 litru de lapte).

d) Brânza de vacă preparată cu cheag. Se fierbe 1 litru de lapte și se lasă să se răcească la temperatura corpului. Se adaugă 10 g (2 linguriițe) de cheag. Se lasă să stea timp de 12 ore, pentru a se separa brânza de zer, apoi se scurge zerul (în săculeț de tifon).

Budincă de făinoase cu lapte cu sau fără brânză. 3 linguri de orez spălat sau 3 linguri de griș, fiert bine

în 250 ml apă, până scade apa. Se trece prin sită, se adaugă 200 ml lapte cald și se amestecă cu 50-100 g brânză de vacă, o linguriță de unt, un gălbenuș de ou frecat cu 30 g zahăr, iar la urmă albușul bătut spumă. Se răstoarnă compoziția într-o cratiță unsă cu unt și presărată cu pesmet; se dă la cuptor până se rumenește bine.

Budincă de făină de cereale. 250 ml lapte, 40 g cereale (porumb, grâu, ovăz etc.), 5 g unt, 25 g zahăr, 1 ou.

Se fierbe zahărul în puțină apă amestecat cu unt. Separat, cerealele se pun în puțină apă și, după ce se obține o pastă omogenă, se toarnă în vasul cu lapte. Se fierbe totul, amestecând mereu, până rezultă un amestec consistent. Se lasă totul să se răcească, se adaugă gălbenușul și, în sfârșit, albușul bătut spumă. Compoziția rezultată se transvazează într-un vas înalt, care se pune într-o baie de apă și se fierbe circa 3/4 de oră. În stare caldă, se răstoarnă pe un platou și se servește cu garnitură de dulceață sau de fructe (mere rase, zmeură bine sfărâmată, suc de afine sau de vișine). Se folosește la sugarul peste 10 luni și la copilul mic.

Găluști cu griș. 1 litru apă, un ou, griș. Se pune la fiert apa. Pregătirea găluștelor se face numai după ce apa a dat în clocot. Se bate bine un ou cu furculița și se adaugă griș, în ploaie, până se obține o pastă nu prea vârtoasă. Se înmoaie linguriță în apă clocotită și se taie găluști subțiri (cresc în apa fierbinte), care se scufundă treptat în apa care clocotește. Se fierb în vasul acoperit, până se ridică și plutesc la suprafață. Se controlează dacă sunt pătrunse.

Griș cu lapte (5% griș și 5% zahăr). Pentru o porție de 200 g sunt necesare 200 ml lapte, 75 g apă, 10 g griș (2 linguriță) și 10 g zahăr (2 linguriță). Laptele cu apa și zahărul se pun la fiert; când fierbe în clocot se adaugă grișul "în ploaie", adică presărat câte puțin, amestecând repede, ca să nu se facă cocoloașe. Se fierbe timp de 10 minute la foc potrivit, până ce rămâne cantitatea de 200 g.

Iaurtul. Laptele este fiert și răcit la 20-24°. Se adaugă maia din iaurtul din ajun (2-4 linguriță de maia la 200 ml lapte) și se amestecă bine. Se ține temperatura camerei timp de 5-8 ore sau se pune în apropierea unei surse de căldură (plită, calorifer sau sobă caldă), în care caz iaurtul se prinde mai repede. După ce s-a prins, iaurtul se pune la rece și se dă copilului în cel mult 24 de ore de la preparare.

Mucilagiul de orez. 50 g orez (2 linguri cu vârf), 50 g zahăr (10 linguriță), 1 litru de apă.

Cele 50 g de orez se curăță de impurități și se spală. Se lasă să se înmoaie aproximativ 1-2 ore, în apă rece, apoi se completează apa în care a stat orezul până la 1 litru și jumătate. Se lasă să fiarbă la foc potrivit, timp de 1 oră, până când boabele se macerează și apa scade la 1 litru (în timpul fiertului se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de vas). Când este bine fiert se răstoarnă într-o sită deasă și se pasează orezul de 1-2 ori. Se adaugă 50 g zahăr, și se mai dau 2-3 clocote. Mucilagiul de orez se folosește la sugar, ca dietă în diaree.

Orez pasat cu brânză de vacă. Pentru o porție de 200 g sunt necesare: 150 g orez fiert în apă și trecut prin sită sau 150 g de cereale - instant de orez -, 50 g brânză proaspătă de vacă, 4 linguriță de sirop de zahăr. Se amestecă bine totul. Se poate adăuga, pentru variația gustului: pireu de mere sau câteva linguriță de zeamă de roșii sau de citrice, 1-2 linguriță unt sau frișcă proaspătă (preparată în gospodărie).

Papanași fierți. 200 g brânză de vaci, un ou, 2 linguriță de griș, 1-2 linguriță de unt sau margarină, 3 linguriță de caimac, 30 g zahăr.

Se freacă bine brânza de vaci cu gălbenușul, se adaugă grișul și albușul bătut spumă. Separat, se clocotește apa. Se taie cu lingura găluști care se pun la fiert în apa clocotită. Se fierb până ce se ridică și plutesc la suprafață, apoi se scurg și se servesc calzi, cu zahăr pudră.

Perișoare de carne. La o tocătură trecută de două ori prin mașină, compus din 40 g carne (mânzat, piept de pasăre) și 10 g pâine albă, se adaugă o lingură de apă rece și un gălbenuș de ou; se amestecă bine și se fac perișoare de mărimea unei nuci mici, 4-5 la o porție; se introduc în supa care clocotește, cu 20-30 de minute înainte de a se servi. Se pot da la sugarul după vârsta de 7-8 luni.

Pesmet din pâine albă. Se taie pâine albă în felii subțiri și se așază într-o tavă care se introduce în cuptor la foc domol. Pentru a se rumeni uniform se întorc de 1-2 ori; se va evita carbonizarea parțială. După răcire, se pisează într-un mojar sau se macină cu mașina de pesmet. Pesmetul obținut se cerne și se păstrează în borcane sau cutii ermetic închise, așezate într-un loc uscat. Se folosește la fierturi cu lapte, la pireurile de fructe proaspete, la budinci etc.

Pireul de banane. O banană mare, bine coaptă, se strivește cu furculița și se freacă spumă cu 1-3 linguriță de sirop de zahăr. Se adaugă apoi 1-2 linguriță pesmet, cereale instant sau biscuit și se amestecă bine. Pentru a-i schimba consistența, se poate adăuga, la nevoie, o

lingură de lapte condensat, lapte proaspăt, suc de fructe (de lămâie sau de portocală, zmeură, căpşuni etc.), sau 1-2 linguri brânză de vacă.

Pireul de cartofi. Se aleg 200 g cartofi de bună calitate, se apală şi se fierb. După ce s-au fiert se strecoară apa, iar cartofii se curăţă de coajă, se pasează, iar la copilul peste un an se sfărâmă cu furculiţa şi se mixează, se pune puţină sare, 2-3 linguri lapte şi se amestecă. Pireul de cartofi se poate îmbogăţi cu o linguriţă de unt sau margarină sau circa 20 g caimac ori smântână de bună calitate. Se pune pe sobă şi se bate cu telul până arată ca frişca.

Pireul de spanac este folosit după vârsta de 8 luni. Din cauza gustului amărui, nu este acceptat de toţi sugarii.

Se aleg frunze fragede, verzi, mai tinere, înlăturându-se codiţele. Se spală în mai multe ape reci, se scurg bine de apă. Pentru a-şi păstra sărurile minerale şi vitaminele, se opăresc cu apă fierbinte înainte de a fi pus la fiert. Apoi se fierbe în apă puţină, timp de 5-10 minute, până se înmoaie foarte bine. Se toacă mărunt şi se pune din nou în puţină apă în care a fiert, adăugându-se o linguriţă de unt sau de margarină şi puţină făină de pesmet. În loc de unt şi pesmet se poate adăuga la copilul mai mare şi puţin rântaş din unt şi făină (o linguriţă de făină se prăjeşte într-o tigaie până se rumeneşte făina, stingându-se cu apa în care a fiert spanacul. Spanacul preparat cu rântaş este mai gustos. Dacă se adaugă puţin lapte sau pireu de cartofi, dispare gustul amărui. Se poate încerca şi îndulcirea cu zahăr, dacă sugarul refuză să primească preparate neîndulcite.

Important. Spanacul proaspăt nu se depozitează timp prea îndelungat. În primele 8 luni de viaţă nu este recomandabil să se dea sugarului spanac, deoarece anumite substanţe conţinute în spanac (nitraţii) se pot transforma în intestinul copilului în nitriţi, care sunt dăunători. Din aceleaşi motive spanacul rămas de la o masă nu se reîncălzeşte pentru a fi dat copilului.

Sucul de morcovi. Se spală şi se curăţă bine morcovii. Apoi se răzuie şi se storc printr-un tifon curat. Se poate folosi presa de stors fructe. Sucul de morcovi se poate da, amestecat sau alternativ, cu alte sucuri de fructe (portocale, lămâi, alte fructe de sezon). Se pregăteşte înainte de masă.

Sucul de tomate. Tomatele (roşiile) se spală bine sub jet de apă rece, apoi cu apă caldă; se pun într-o strecurătoare care se scufundă timp de un minut în apă clocotită. Apoi roşiile se zvântă şi se taie în bucăţi mai mici, care se trec prin maşina de tocat carne sau prin presa de fructe. Zeama rezultată se trece printr-o sită deasă sau printr-o bucată de tifon, curată.

Sucul de zmeură. Boabele de zmeură se aşază în strat subţire într-o strecurătoare care se scufundă de mai multe ori într-un vas cu apă. Apoi se zdrobesc bine cu furculiţa. Sucul se trece printr-o sită. Este un suc pe care copiii îl primesc cu multă plăcere.

Sucul de citrice proaspete se obţine prin presare. Fructele citrice (portocale, lămâi) reprezintă alimente de mare valoare nutritivă, prin conţinutul lor în zahăr (10-13%), acizi organici (1-2% acid citric) şi vitamine (50 mg vitamina C în 100 g).

Utilizarea este multiplă. Sucul obţinut din fructele proaspete cu ajutorul unei prese de fructe poate fi administrat ca atare din a 10-a - a 12-a săptămână de viaţă, sau se adaugă la pireul de fructe sau la masa de făinoase cu lapte, de seară. Diluat cu apă simplă, potoleşte setea.

Sufleu de cereale (porumb etc.) cu fructe. 40 g cereale instant, 250 ml lapte, 30 g zahăr, 1 ou, fructe.

Se fierbe laptele cu zahărul şi se adaugă cerealele dizolvate în puţin lapte rece. Se fierb până se îngroaşă. După ce se răceşte, compoziţia se amestecă cu oul bătut şi cu fructele rase (mere) sau bine zdrobite (zmeură), se pune într-o tavă unsă şi se coace la cuptor circa 40 de minute. Sufleul poate fi preparat şi fără fructe, urmând ca acesta să se adauge ca garnitură, în momentul în care se serveşte copilului.

Supa de carne. Într-un litru de apă rece se pun: 250 g carne (găină, mânzat), 2 morcovi, 1 pătrunjel, 1/2 ţelină.

Se fierbe 1-1 1/2 ore la foc domol. Se strecoară printr-o sită, şi, dacă este cazul, se poate lua grăsimea. Unii sugari refuză supele cu miros de pătrunjel sau de ţelină.

Supa de morcovi. 300 g morcovi tineri sau carote, pentru sugarii prematuri şi sugarii sub vârsta de 2 luni, 500 g morcovi pentru sugarii mai mari, 1 litru apă, 50 g zahăr sau 50 g glucoză şi un vârf de cuţit de sare. Sarea se adaugă mai ales în caz de diaree cu vărsături.

Se aleg morcovii mai tineri, se curăţă, se spală şi se taie în rondele subţiri. Se pun la fiert într-un litru de apă rece. Se fierb 1 1/2-2 ore la foc moale, până când morcovii se sfărâmă cu uşurinţă. În timpul fierberii se adaugă apă până la 1 litru. După fierbere, morcovii se pasează de două ori printr-o sită deasă sau se mixează, se completează cu apă până la 1 litru se pun din nou pe

foc şi mai dau în clocot de 2-3 ori. După fierbere, se răceşte, punându-se vasul cu supa de morcovi într-un vas mai mare, cu apă rece. Se păstrează la rece şi se foloseşte numai 24 de ore. Este alimentul de alegere în caz de diaree!

Înainte de a se turna în biberon sau căniţă, supa de morcovi se amestecă pentru omogenizare.

Supa de zarzavat. Pentru 2 porţii de 250 ml supă de legume sunt necesare: 200-250 g zarzavat curăţat, 10 g griş (două linguriţe), 500 ml apă.

Se prepară din legume variate, după sezon: morcovi, în cantitatea cea mai mare, pătrunjel, cartof, ceapă, ţelină; vara se adaugă ardei gras, tomate, dovlecel, foi de salată verde, 1-2 păstăi de fasole verde, gulie.

Zarzavatul se curăţă şi se spală bine de mai multe ori, în apă rece (sub jet). Se taie în bucăţi mari şi se pune în apa care a început să clocotească. Se fierbe acoperit, se completează apa evaporată. Când legumele sunt fierte, se zdrobesc uşor cu furculiţa. Se strecoară, se adaugă grişul turnat în ploaie. Se mai fierbe 15 minute, se dă din ce în ce mai concentrată, ajungând până la consistenţa de pireu; după 6 luni se poate folosi cu tot zarzavatul pasat, îmbogăţit cu unt sau ulei. La început se pasează numai morcovii cu sau fără cartofi. În continuare se va da fie amestecat, fie numai cartofi (copiii slabi, cu tendinţă la constipaţie), fie numai morcovi la copiii cu plus ponderal, sau dispuşi la diaree.

Siropul de zahăr. La 200 ml apă se adaugă 100 g zahăr şi tot amestecul se fierbe până ce volumul final este de 200 ml. În timp ce fierbe, se îndepărtează spuma şi impurităţile. Pentru a preîntâmpina zaharisirea, se adaugă 3 linguriţe de zeamă de lămâie.

Rezultă un sirop care conţine 5 g zahăr la o linguriţă. Se păstrează la frigider. În caz de zaharisire, se va fierbe în baie de apă.

Se foloseşte la îndulcirea tuturor preparatelor pentru sugari, în general în proporţie de 5% (o linguriţă la 100 ml de preparat).

Zahărul invertit. În 50 ml apă se dizolvă 1,5 g acid citric şi se adaugă 80 g zahăr. Amestecul rezultat se fierbe până la volumul final de 100 ml. O linguriţă conţine 4 g zahăr. Pentru a îndulci 5% 1 litru de lapte de vacă se adaugă 60 ml din această soluţie, corespunzând cu 50 g zahăr.

5.3. **Reţete pentru copilul mai mare**

Modul de pregătire a diferitelor mâncăruri se apropie, pe măsură ce copilul înaintează în vârstă, de cel al adulţilor. Pentru perioada de copil mic şi preşcolar se va veghea ca felurile de mâncare alese să fie uşor de digerat (fără ceapă prăjită, rântaşuri groase) şi să nu conţină condimente.

Pentru orientare:

Supele recomandate în alimentaţia copilului mic sunt: supa limpede sau de carne cu găluşte sau tăieţei, creme de legume, ciorba de roşii, de borş.

Sosurile nu vor fi prea grase. Se prepară de preferinţă pe bază de unt sau margarină, făină şi lapte (sos alb) sau smântână. Dintre sosurile reci, maioneza se poate servi la cele mai variate salate.

Mâncărurile cu carne se servesc de 4-7 ori pe săptămână: perişoare cu diferite sosuri, friptură, şniţele, chiftele, ciulama, budinci cu carne.

Mâncărurile cu legume şi carne nu trebuie să lipsească nici o zi din alimentaţia copilului. Se servesc fie separat (ghiveci de legume; budinci cu legume, cartofi sub toate formele), fie ca garnitură la carne (salate de tot felul, soté de legume) sau cu ouă (spanac etc.).

Condimentele se adaugă la mâncare pentru a-i conferi un plus de savoare şi a-i varia aspectul. În alimentaţia copilului mic se vor folosi predominant vegetale (pătrunjel, mărar, leuştean, cimbru, tarhon). La copilul mare şi adolescent pot fi folosite şi condimentele tradiţionale (boia, piper, nucşoară, maghiran etc.).

Dulciurile constituie o componentă importantă şi foarte agreată de copii. Pe lângă prăjiturile de casă care se pot păstra mai multe zile, există numeroase posibilităţi de a oferi copilului dulciuri: budinci pe bază de făinoase sau fructe, creme, sufleuri, clătite, salate de fructe.

Cu reţetele pe care le dăm mai jos am urmărit să oferim câteva jaloane, privind modul de preparare a alimentaţiei copilului şi sugestii pe baza cărora mama poate crea, după plac, un mare număr de variante.

Supe

Supa de legume pasată, cu lapte. 600 ml apă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, o ceapă mică, doi cartofi și după sezon, 20 g conopidă sau mazăre verde, o linguriță unt, 100 ml lapte, o linguriță făină, sare, pătrunjel verde.

Zarzavaturile se spală bine, se curăță de coajă, se taie. Apa se pune la fiert într-o oală smălțuită. Când clocotește, se pune ceapa (întreagă) apoi și celelalte zarzavaturi; se fierbe acoperit la foc domol. Când sunt fierte, se pasează prin sită. Separat, se face un sos alb din unt și făină și se stinge cu lapte. Sosul se amestecă cu supa și se mai fierb 10 minute. Se adaugă puțină sare și pătrunjel verde tocat.

Supă de cartofi pasată. 1/2 l apă, 100 ml lapte, 200 g cartofi, unt, 1/2 gălbenuș, sare, pătrunjel tocat (smântână).

Cartofii curățați și bine spălați, tăiați în cuburi mici sau în felii subțiri se fierb în apă cu sare. Când sunt fierți se pasează prin sită și se amestecă în zeama în care au fiert. Se adaugă laptele (sau smântâna) bătut cu gălbenușul, pătrunjel tocat și untul. La copiii mari se poate servi cu crutoane.

Supă de roșii. 600 ml apă, 300 g roșii, o ceapă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, un ardei gras, frunze de țelină, o lingură de orez, unt proaspăt, pătrunjel verde tocat.

Zarzavatul spălat și curățat se pune în apa clocotită și se fierbe până se înmoaie. Apoi se adaugă roșiile și ardeiul și se fierbe împreună până se înmoaie și roșiile. Se strecoară supa, iar zarzavatul se pasează prin sită. Se pune din nou la fiert cu orezul. Când acesta s-a fiert se adaugă la supă puțină sare, unt, pătrunjel verde. În loc de orez, supa poate fi servită cu tăieței (fierți separat), sau cu "zdrențe", făcute într-un ou întreg cu o lingură de făină. Pasta obținută se toarnă cu linguriță în supa care clocotește.

Supă-cremă de conopidă. 600 ml apă, 150 g conopidă, 25 g făină, 100 ml lapte, o linguriță unt, 1 gălbenuș, sare, pătrunjel verde.

Făina se rumenește puțin în unt și se stinge cu lapte. Se adaugă apa clocotită și se fierbe. În supa fiartă se pune conopida bine spălată și desfăcută în bucățele mici și sare. Se mai fierbe 15 minute, apoi se ia de pe foc și se adaugă gălbănușul și pătrunjel tocat.

Supă-cremă de mazăre. 1/2 l apă, 150 g mazăre verde, 20 g făină, 20 g unt, un gălbenuș, 50 ml lapte.

Mazărea curățată și bine spălată se fierbe în apă. Făina se rumenește puțin în untul încins și se stinge cu zeamă de supă. Se adaugă la supă și se fierb împreună. Apoi se pasează totul prin sită, se adaugă sare și gălbenușul bătut cu lapte. La copiii mai mari se poate servi cu crutoane.

Supă-cremă de dovlecei. 200 g dovlecei, 50 ml lapte, 10 g făină, 500 ml supă de zarzavat, sare, mărar verde, 2 linguri iaurt.

Se fierb dovleceii 15-30 minute în supă de zarzavat. Se trec prin sită. Separat se leagă făina cu laptele rece, apoi se înglobează în supă. Sare după gust. Se lasă să mai dea câteva clocote. Înainte de a fi servită se adaugă iaurt și mărar tocat.

Supă-cremă de țelină: 200 g cartofi, o țelină, 20 g unt, două linguriță de smântână, 100 ml lapte, sare, 500 ml supă de legume sau bulion de carne, 100 g făină.

Se înăbușă țelina și cartofii tăiați mărunt, cu unt și cu apă, fierbându-se bine. Se adaugă un sos alb, preparat din făină și lapte și se clocotesc împreună, amestecând tot timpul. Se pasează prin sită și se subțiază fie cu supă de legume, fie cu bulion de carne. Se poate subția și cu 200 ml lapte sau chiar cu apă. Se poate sări, se mai clocotește, iar la urmă se adaugă smântâna și pătrunjel verde tocat. Poate fi servită cu crutoane.

Supă de fasole verde (pentru patru porții): 1/4 kg fasole verde, un morcov, o ceapă, 30 g unt sau ulei, o linguriță de zahăr, două roșii sau o linguriță de bulion, două linguriță de făină, un litru de apă, sare, pătrunjel verde.

Se curăță morcovul și ceapa, se toacă mărunt, apoi se pun să fiarbă în apă. Când zarzavatul este aproape fiert, se adaugă fasolea, curățată, tăiată în bucățele de 2 cm. Se fierbe în continuare în vasul acoperit. Se prepară separat un sos din făină și zeamă de supă, care se toarnă în oala cu zarzavaturi. Roșiile, curățate de piele și sâmburi, se taie în felii subțiri și se pun în supă, odată cu sarea. Supa se poate acri cu zeamă de lămâie sau cu oțet diluat de fructe. Când se servește se pune unt proaspăt și pătrunjel verde, tocat.

Supă din carne de vită sau pasăre. 600 ml apă, 150 g carne de vită, sau 250 g carne de pasăre, 150 g zarzavat de supă (după sezon, se mai adaugă mazăre verde, conopidă, o roșie), sare, pătrunjel, tăieței.

Carnea și oasele, bine spălate, se pun la fiert, în apă rece. După 2 ore se scoate carnea și se strecoară supa (carnea poate fi folosită la prepararea de chiftele sau

ca umplutură la omletă sau, tăiată bucăți mici, poate fi adăugată la supă, împreună cu zarzavatul fiert și tăiat.

În supa limpede pot fi puși tăieței (fierți separat) sau găluște din pesmet (1/2 chiflă, 10-20 g pesmet, 1/2 ou, câteva linguri de lapte, 5 g unt, sare). Chifla tăiată în cuburi mici se înmoaie în lapte până absoarbe tot laptele, apoi se sfărâmă cu lingura, se adaugă oul, sare, unt și se îngroașă cu pesmet. Se formează găluște rotunde care se fierb în supă.

Ciorbă de perișoare. 600 ml apă, 200 g carne fără os, 150-200 g os "cu sită", o ceapă, un morcov, pătrunjel verde, 2 linguriță de orez, sare, lămâie sau borș.

Osul se fierbe în apă cu sare până scade apa la jumătate, apoi se completează cantitatea de apă scăzută. Când fierbe din nou în clocot se adaugă zarzavatul spălat, curățat și tăiat mărunt (întâi ceapa, apoi morcovul și pătrunjelul). Carnea se toacă de două ori prin mașină, se adaugă puțin miez de pâine albă și sare. Se fac bile de mărimea unor nuci, cu mâna înmuiată în apă și se introduc pe rând în zeama care fierbe. Apoi se adaugă și orezul, ales și spălat. Se fierbe totul până când orezul și perișoarele sunt fierte. Se acrește cu borș proaspăt sau cu lămâie.

Sosuri

Sos alb. O lingură de făină, o lingură de unt, 200 ml lapte, sare, lămâie.

O lingură de făină rumenită pe uscat, în cuptor sau la foc moale, se amestecă cu puțin lapte rece și se fierbe amestecând tot timpul. Se ia de pe foc și se adaugă 1 lingură cu unt proaspăt. Pentru copilul trecut de un an se adaugă verdeață tocată. După dorință se poate adăuga suc de lămâie, sare.

Se servește cu pește alb fiert sau legume fierte (dovlecei, conopidă, fasole verde).

Sos alb "béchamel". 50 g făină, 20 g unt, 200 ml lapte, sare.

Untul se topește la foc tare, se adaugă făina, amestecând tot timpul pentru a nu se rumeni. Se stinge cu lapte rece, continuând să se amestece cu lingura pentru a nu se produce cocoloașe. Se adaugă sare.

Se servește cu legume fierte, carne fiartă, creier.

Sos tomat. Roșiile proaspete se fierb împreună cu zarzavatul de supă (morcov, pătrunjel, țelină). Se trece totul prin sită și se adaugă sare, zahăr, un vârf de cuțit de unt.

Se servește ca adaos la carne fiartă sau friptă, la legume fierte sau paste făinoase.

Sos de mărar. 250 ml lapte, 15 g făină, o linguriță unt, un gălbenuș, sare, mărar, oțet.

Laptele, amestecat cu făină și cu sare, se pune la fiert. Se amestecă neîntrerupt, până se îngroașă ca o cremă. Se adaugă gălbenușul, untul și la sfârșit mărarul, care a fost fiert în prealabil în puțină apă cu oțet.

Se servește cu ouă fierte tari, carne fiartă sau cu perișoare.

Sos de hrean (pentru copilul mare). 200 ml lapte, 4 linguri smântână, 10 g făină, sare, 10 g hrean, 5 g unt.

Se amestecă smântâna cu făină și se toarnă în laptele fiert. Se fierbe la foc moale 5 minute. Se adaugă sare, hrean și unt și se amestecă bine, fără a mai fierbe.

Sos roz. Se face un sos alb (vezi mai sus) la care se adaugă suc de morcov crud preparat din morcovii rași și storși prin tifon. Sucul, care este frumos colorat, se toarnă în sosul alb; acesta capătă culoare roz și este vitaminizat. Se servește cu rasol de carne sau de pește.

Sos de tarhon. 4-5 linguri de untdelemn, două linguri de zeamă de lămâie sau oțet de fructe, o linguriță de muștar, 1/2 linguriță de miere sau de zahăr, sare, piper, tarhon, mărar, pătrunjel. Frunzele de tarhon, splălate, se toacă mărunt și se amestecă cu untdelemn, muștar, sare, piper și se bat bine. La urmă, se adaugă zeamă de lămâie sau oțet slab de fructe. În caz că se folosește oțet, acesta se îndulcește cu zahăr sau miere. La sfârșit se adaugă mărar și pătrunjel fin tocat. Acest sos se toarnă peste salată, putând fi servit la orice fel de salată crudă.

Se mai poate prepara sosul de tarhon și cu gălbenuș de ou în felul următor: două gălbenușuri răscoapte, două linguri de zeamă de lămâie, 4 linguri de untdelemn, 12 frunzulițe de tarhon, o lingură de apă, sare, piper. Se freacă gălbenușurile de ou, peste care se adaugă tarhonul tocat foarte fin, sare, piper și o linguriță de apă. Compoziția se freacă în continuare cu o lingură de lemn, adăugând câte puțin untdelemn. Acest sos se servește la salate de legume fierte, la orez etc.

Sos verde. 1/4 kg spanac curățat, un ou, 5-6 linguri de ulei, sare. Spanacul se fierbe cinci minute, se trece prin mașina de tocat și apoi se stoarce bine printr-un tifon. Se face o maioneză obișnuită, peste care se adaugă zeama rece de spanac, amestecând bine, până când se colorează sosul.

Sos de fructe. Pentru sos de mere: 300 g mere, 10 g făină, 10 g zahăr, 10 g unt.

Jumătate din cantitatea de mere se păstrează crude, restul se pun la fiert cu coajă și miez, iar zeama obținută se strecoară. La această zeamă se adaugă făina, diluată separat în puțină apă rece, zahărul și untul. Se fierb în câteva clocote, până se obține un sos de consistența dorită. Merele crude păstrate se rad pe răzătoarea de sticlă, iar pulpa se stoarce prin tifon. Zeama obținută se adaugă în sos în momentul servirii pentru a-i păstra vitaminele. La fel se prepară sosurile de vișine, caise. Aceste sosuri se pot servi la orice friptură sau la rasol.

Sos cu gălbenuș. 2 gălbenușuri, 50 g unt, sare, 250 ml apă, 1 lămâie. Se topește jumătatea din cantitatea de unt pe baie de apă. Se adaugă gălbenușurile, sare și apa și se amestecă neîntrerupt până se îngroașă crema. Apoi se încorporează restul de unt în sosul fierbinte și se adaugă zeamă de lămâie după gust.

Se servește la pește prăjit sau la conopidă fiartă.

Maioneză cu brânză de vaci. 100 g brânză de vaci, un gălbenuș, 5 linguri lapte, sare, zeamă de la jumătate de lămâie, 50 ml untdelemn.

Se amestecă brânza cu gălbenușul. Treptat, se adaugă uleiul, amestecând continuu. Se acrește după gust cu zeamă de lămâie.

Fiind ușor digerabilă, această maioneză este indicată la copiii mici. Se servește cu pește rasol, legume fierte, salată de cartofi, salată verde.

Mâncăruri cu carne

Friptură cu zarzavat. 2 felii de carne, 40-50 g unt, o jumătate țelină mică, două gulioare, o ceapă mică, 150 g roșii, sare, o linguriță făină, 100 g smântână sau lapte.

Bucățile de carne se crestează pe margini, se bat, se pune sare și se prăjesc repede pe ambele părți, în ulei bine încins. Se scot pe o farfurie încălzită. În același ulei se rumenește puțin ceapa tăiată mărunt, apoi se pune carnea înapoi, se adaugă puțină apă și se înăbușe. Când carnea este aproape moale, se adaugă zarzavatul și roșiile curățate de pielițe și tăiate felii. Când și zarzavatul este fiert se îngroașă sosul că făină și lapte sau smântână.

Se servește cu crochete de cartofi, găluște de chifle sau cartofi fierți.

Șnițel în aluat. 200 carne de vițel sau carne slabă de porc, o lingură de făină, un ou, două linguri de lapte, 100 g unt sau ulei.

Carnea se taie felii, se bate puțin, se pune sare și se presară cu făină. Din făină, ou, sare și lapte se prepară un aluat (mai gros decât aluatul de clătite). Feliile se introduc în acest aluat, apoi se prăjesc în untul sau uleiul bine încins. Se servesc cu cartofi prăjiți, salată verde etc.

Pui umplut. Un pui de găină, 80 g unt, sare. Pentru umplutură: 80 g franzelă, 50 g unt, un ou, pătrunjel, sare, 100 ml lapte.

Franzela se taie în cuburi mici, se înmoaie în laptele în care s-a bătut oul. Se adaugă untul topit, sare, pătrunjel tocat și se amestecă bine. Pasărea se spală, se freacă pe dinăuntru și pe dinafară cu puțină sare. Se introduce umplutura și se coase. Se rumenește în unt și se stropește cu unt fierbinte, pentru a nu se usca. În 35-40 de minute carnea este moale. Se adaugă în sos puțină apă și se mai înăbușe puțin. Se servește cu salată verde.

Pui cu smântână. Carne de pui, 2-3 linguri de smântână, 50 g unt, un vârf de cuțit de făină, apă, pătrunjel verde tocat mărunt.

Se pune la înăbușit, în unt încins, pieptul sau pulpele de pui. Se picură câte puțină apă, ca să nu se prindă și se pune sare după gust. Când carnea este fiartă, se scot oasele și carnea se pune din nou în cratiță. Din smântână amestecată cu puțină făină, se face un sos, care se toarnă peste carne și se lasă să mai dea câteva clocote. După gust, se adaugă pătrunjel verde tocat.

Pasăre în sos alb. Carne de pasăre (300 g), 50 g unt, 60 g zarzavat. 100 ml lapte, un gălbenuș, o ceapă mică, 20 g făină, sare.

Carnea spălată se taie bucăți și se fierbe cu zarzavatul în apă sărată. Din unt și făină, stinse cu lapte și supă, se prepară un sos alb, care se fierbe 20 de minute. Se ia de pe foc, se adaugă gălbenușul, sare, și restul de lapte fără să se mai fiarbă. Se pune carnea în sos. Se poate servi cu mămăliguță.

Ruladă cu carne tocată. 200 g carne de vită, un cartof crud, o jumătate de chiflă, un ou, verdeață tocată mărunt, sare.

Carnea curățată de pielițe se trece de două ori prin mașina de tocat, împreună cu un cartof crud și cu chifla înmuiată în lapte și stoarsă. Se amestecă cu sare, verdeață și 1/2 ou crud. Se rulează pe un fund și se presară cu pesmet alb. Se introduce într-un vas cu puțin ulei și zeamă de zarzavat. Se unge pe deasupra cu ulei (sau unt) fierbinte; se coace până se rumenește la cuptor. Se taie felii și se servește cu cartofi pireu, soté de morcovi sau de dovlecei.

Mâncăruri de legume

Legume combinate, înăbușite. Un morcov, o gulie, o jumătate țelină, un fir de praz, o conopidă mică, o mână de boabe de mazăre verde, 50 g unt, sare, o lingură rasă de făină, 100 ml lapte.

Zarzavatul spălat și curățat se taie în bucățele egale și se înăbușe pe rând. Se leagă cu un sos alb și se pune sare după gust. Se servește cu omletă sau cu orez.

Chifteluțe de legume. 2 morcovi, 4 cartofi, un ou, unt, făină sau pesmet fin, verdeață tocată, sare.

Se spală bine morcovii și cartofii. Morcovii se pun la fiert în apă cu sare, iar cartofii se fierb separat în coajă. Se curăță cartofii de coajă și, după ce totul s-a răcit, se trece prin mașina de tocat carne. Se amestecă cu puțină sare, verdeață, făină și gălbenușul și se frământă. Apoi se adaugă albușul bătut spumă. Se fac cu lingura chifteluțe, se dau prin făină și se prăjesc în unt încins. Se servesc calde, cu puțin sos de roșii sau cu câteva picături de zeamă de lămâie. Se pot prepara și din mai multe zarzavaturi.

Cartofi umpluți. 6 cartofi mari, 50 g unt, 10 g fină, 80 ml lapte, sare, 100 g șuncă, 100 g cașcaval, pătrunjel.

Cartofii bine spălați, curățați de coajă, se coc la cuptor. Se lasă să se răcească puțin, apoi se taie un căpăcel și se scobește miezul cu o linguriță. Miezul de cartofi se amestecă cu un sos alb béchamel (pag. 229), amestecat cu șunca tăiată cuburi mici. Cu această compoziție se umplu cartofii, se reașează în cratiță, se presară cu cașcaval, se ung cu unt topit și se dau la cuptor. Se servesc cu salată verde.

Budincă de cartofi cu șuncă. 250 g cartofi fierți, 50 g unt, 50 g șuncă, 50 g cașcaval ras, un ou, sare.

Cartofii fierți și presărați se amestecă cu untul frecat spumă, cu gălbenușul, șunca tăiată bucățele mici, sare și la urmă albușul bătut spumă. Compoziția se pune într-o formă unsă cu unt sau margarină și presărată cu pesmet. Se coace la foc potrivit 20-30 minute, apoi se răstoarnă și se servește cu cașcaval ras și șuncă tocată presărate deasupra.

Budincă de conopidă. O conopidă mică, 2 linguri de smântână, o lingură de unt, 2 linguri cașcaval ras, un ou, 2 linguriițe de unt, o lingură de pesmet, sare.

Se fierbe conopida în apă cu sare, se scurge, se zdrobește, se adaugă untul frecat spumă, gălbenușul, cașcavalul, smântâna, pesmetul și albușul spumă. Se toarnă compoziția într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet și se coace timp de 30 de minute sau se fierbe la baie de apă.

Mazăre verde înăbușită. 200 g mazăre verde, 30 g unt, 10 g făină, sare, puțin zahăr.

Mazărea se fierbe 10 minute în apă puțină. Separat, din unt, făină, sare, zahăr și zeama în care a fiert mazărea se fierbe un sos subțire. Se adaugă mazărea și se fierbe puțin. Se poate servi cu friganele.

Fasole verde. 250 g fasole verde, 20 g unt, sare, o lingură de pesmet rumenit, smântână.

Fasolea, spălată bine în prealabil se fierbe în apă cu sare. Când este moale se strecoară, se așază pe o farfurie și se presară cu pesmet rumenit în unt. Se servește cu puțină smântână sau sos de roșii.

Mâncare de fasole verde (pentru patru porții). 500 g fasole verde crudă, 500 g roșii, verdeață, 100 ml untdelemn, o ceapă, sare.

Se toacă ceapa mărunt și se fierbe în puțină apă. Se aruncă apa în care a fiert, iar ceapa se pune pe fundul cratiței, în care se prepară mâncarea. Deasupra se așează păstăile de fasole, curățate și spălate, ca și roșiile tăiate în felii. Se presară cu sare, se toarnă untdelemn și o ceașă de apă. Se acoperă cratița și se lasă să fiarbă la foc mic, până când se înmoaie fasolea. Se adaugă verdeața tocată mărunt.

Budincă de dovlecei. 1-2 dovlecei, 20 g cașcaval, un ou, o lingură de smântână, 1/2 lingură de făină, 2 linguriițe de unt, o linguriță de pesmet alb, sare, verdeață tocată.

Se spală dovleceii, se curăță, se taie cuburi mici și se fierb în apă cu sare 10 minute. Se răstoarnă în strecurătoare. Când s-au scurs bine se amestecă dovleceii cu gălbenușul, cașcaval ras, albușul spumă, făina, pesmetul, untul și verdeața tocată. Se coace în formă unsă cu unt 20-30 minute. Se răstoarnă, se stropește cu smântână, se servește caldă.

Dovlecei cu smântână (pentru 4 porții): 4 dovlecei potrivit de mari, 100 g smântână, o linguriță de făină, 30 g unt, sare.

Se curăță dovleceii, se spală și se taie în bucăți în lung, apoi în lat, de 3-4 cm lungime. Se clocotesc puțin în apă cu sare, apoi se scurge apa printr-o strecurătoare. Se pun la cuptor cu untul. Smântâna se îngroașă cu puțină făină și se toarnă peste dovlecei când aceștia s-au înmuiat. Se mai lasă la cuptor încă 20 de minute. La fel se prepară dovleceii la cuptor cu sos alb, în loc de smântână.

Dovlecei la tavă. 2 dovlecei, 2 roșii, un cățel de usturoi, 20 g unt sau ulei, sare (piper), mărar, pătrunjel, cimbru, cașcaval ras.

Dovleceii spălați și curățați se rad pe răzătoare, se lasă puțin să se scurgă, apoi se pun într-o crăticioară în care s-a încins grăsimea, se adaugă condimentele. Deasupra se taie roșiile curățate de coajă și se presară cașcaval ras. După ce s-a înăbușit la foc moale se dă la cuptor până scade zeama.

Dovlecei umpluți cu orez (pentru 4 porții). 4 dovlecei, 100 ml ulei, 15 g orez, ceapă, sare, smântână, 2-3 linguri de verdeață tocată, 200 ml sos de roșii.

Se toacă ceapa și se înăbușe cu puțină apă și ulei. Se amestecă cu orezul, verdeața și sarea. Se umplu dovleceii, după ce au fost curățați de coajă, tăiați în două și scobiți de semințe. Dovleceii umpluți se așază în tavă, odată cu uleiul și cu ceașca de apă caldă în care se poate pune puțin zahăr, după gust. Se fierb la cuptor. Când sunt fierți, se adaugă sosul de roșii și se mai lasă în cuptor, 1/4 oră.

Dovleceii pot fi umpluți și cu brânză de vacă (100 g) amestecată cu un ou, mărar tocat, puțină sare.

Mâncăruri pe bază de făinoase

Spaghete în sos de roșii. 150 g spaghete, 40 g unt, o linguriță făină, 30 g cașcaval ras, sare, o lingură pastă de roșii.

Spaghetele se fierb în apă sărată, se scurg și se limpezesc. Separat se amestecă făina cu untul topit și se stinge cu o ceașcă de apă, se adaugă pasta de roșii, se fierbe, apoi se adaugă pastele făinoase. Se servește cu cașcaval ras presărat deasupra.

Budincă de orez cu mere. 1 lingură de orez, 3 mere mari, 50 g nuci măcinate, 10 g unt, sare, 2 linguri zahăr, 25 g stafide.

Se fierbe orezul cu apă; separat se fierb merele curățate de coajă și tăiate felii, cu zahărul, ca un compot scăzut. Se așază într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet, un rând de orez, un rând de mere, un rând de nuci și deasupra un rând de orez amestecat cu stafide. Se pun deasupra bucăți mici de unt și se pun la cuptor până se rumenește ușor.

Budincă de pâine albă cu șuncă. 2 chifle, 150 ml lapte, 40 g șuncă slabă, un ou, o linguriță de unt.

Chiflele tăiate felii subțiri se înmoaie în lapte și se scurg bine. Într-o cratiță mică unsă cu unt și tapetată cu pesmet se așează un strat de pâine, apoi umplutura (șuncă tăiată cuburi mici amestecată cu gălbenușul, albușul spumă și o linguriță de unt) și iar un strat de chifle muiate. Deasupra se toarnă laptele, în care s-au înmuiat chiflele și câteva bucățele de unt. Se coace la foc potrivit până s-a absorbit laptele și s-a rumenit budinca.

Budincă de pâine albă cu mere. 2 chifle sau câteva felii de franzelă, 150 ml lapte, 2 mere potrivite, un ou, 1 linguriță de unt, zahăr, scorțișoară.

Se procedează cu pâinea ca la rețeta anterioară. Se așază în crăticioara unsă un strat de felii de pâine apoi un strat de mere (curățate de coajă, răzuite, înăbușite cu zahăr), se presară puțină scorțișoară. Deasupra se pune iar un strat de pâine muiată. Se toarnă laptele în care s-a bătut oul și se pun câteva bucățele de unt. Se dă la cuptor până se rumenește.

Crochete de cartofi. 200 g cartofi, 1/2 ou, 10 g unt, 100 g făină, o priză praf de copt, sare, pesmet, 50 ml lapte.

Cartofii bine spălați se fierb în coajă. După ce se răcesc, se curăță de coajă și se presează. Se face un aluat din făină, praf de copt, sare, unt, 1/2 ou și cartofi, și se formează cu mâna crochete alungite. Fiecare se introduce în ou (cealaltă jumătate, bătută cu 50 ml lapte), apoi în pesmet și se prăjesc în ulei bine încins. Se servesc lângă friptură sau zarzavaturi soté.

Mâncăruri cu ouă

Ochiuri în cuib (pentru 2 porții). 200 g cartofi, 2 ouă, 10 g unt, 50 ml lapte, 25 g smântână, sare.

Cartofii se fierb în apă cu sare. Se strecoară, se sfărâmă cu furculița, se amestecă cu laptele fierbinte până se face un pireu fin. Se toarnă într-un vas uns cu unt. La mijloc se face cu lingura o gropiță, în care se sparge oul. Se pune în cuptor 10 minute.

Se servește cu smântână sau cu sosuri diverse.

Ouă cu verdețuri pe salată verde. 2 ouă, 2 lingurițe de verdețuri tocate (pătrunjel, mărar, ceapă verde), o lingură rasă de unt proaspăt, o lingură brânză de vaci, sare, salată verde, zeamă de lămâie și untdelemn.

Se fierb ouăle tari, se curăță și se taie în lung, se scot gălbenușurile. Se freacă brânza de vacă (sau urdă) cu untul, se amestecă cu verdețurile și puțină sare. Se umple fiecare jumătate de ou și se toarnă deasupra un sos obișnuit pentru salată din ulei, sare și zeamă de lămâie. Se așază pe frunze de salată verde.

Omletă. 2 ouă proaspete, 2 linguri apă, sare, 20 g unt sau margarină.

Ouăle se bat cu apa și sare și se toarnă în tigaia cu untul încins. Se coace la foc domol, pe ambele părți, având grijă să se rumenească numai marginile. Se scoate pe o farfurie caldă și se îndoaie pentru a permite

să fie umplută mai uşor. Umplutura poate fi din: - zarzavat: morcov şi mazăre înăbuşite în unt, conopidă, roşii sau ardei (acesta înăbuşit cu puţină ceapă prăjită); - carne aproximativ 50 g (pentru o omletă): şuncă, ficat, creier, carne de vitel, parmezan, pasăre sau peşte. Carnea se taie în bucăţi mici şi se înăbuşe în unt.

Jumări cu verdeaţă şi roşii. 2 ouă, 2 roşii, pătrunjel tocat, 3 linguriţe de unt.

Se curăţă roşiile de pieliţă şi sâmburi, se taie în cuburi şi se înăbuşe în unt până scade toată zeama pe un foc mic. Se adaugă ouăle bătute, amestecate cu puţină sare şi verdeaţă tocată, amestecând tot timpul până se obţine consistenţa dorită a jumărilor. Iarna când nu sunt roşii proaspete, se poate prepara cu suc de roşii sau cu ketchup.

Aperitive - gustări

Roşii umplute. 2-3 roşii, 2 ouă, o salată verde, o lingură maioneză, lămâie, puţin untdelemn.

Roşiile se curăţă de coajă, se taie capacul şi se scobesc. O salată verde bine spălată se taie în fâşii foarte subţiri, se amestecă cu 2 ouă fierte tari şi tocate, cu puţin untdelemn, lămâie şi maioneză ca să se lege umplutura. Se mai poate adăuga puţină şuncă slabă tocată. Cu această compoziţie se umplu roşiile şi se servesc crude.

Pastă cu carne de vită. 150 g carne slabă, 50 g zarzavat, 10 g ceapă, 100 g unt, sare, coajă şi zeamă de lămâie, un ou, pastă de tomate.

Carnea şi zarzavatul se fierb într-o cantitate mică de apă. Se trece carnea de două ori prin maşina de tocat, se adaugă untul frecat bine, apoi se pune ceapa tăiată mărunt, câteva fire de coajă de lămâie, zeamă de lămâie, o linguriţă de pastă de tomate. La sfârşit se adaugă oul fiert tare şi tocat fin.

Pastă de ficat (pentru copii peste 2 ani). 100 g ficat crud, foarte proaspăt, un ou fiert tare, o ceapă, 2 linguriţe unt, pătrunjel verde tocat.

Ficatul crud se trece prin maşina de tocat carne. Se amestecă apoi cu ceapa şi se înăbuşe în unt bine încins împreună cu pătrunjelul verde tocat. Amestecul se face când ceapa este încă fierbinte. La sfârşit se adaugă oul fiert, tocat mărunt. Se serveşte uns pe felioare de pâine prăjită.

Ardei gras cu brânză de vaci. 2 ardei graşi, 100 g brânză de vacă, sare, 1/2 ceapă mică, boia dulce, 30 g unt.

Brânza de vacă se freacă cu untul, se adaugă ceapa tocată mărunt, puţină boia dulce. Compoziţia se introduce în ardeii bine spălaţi şi scobiţi. Se taie felii groase de 1-1 1/2 cm şi se aranjează frumos pe farfurie.

Salate

Salate de fructe şi zarzavaturi. La prepararea salatelor avem în vedere ca aspectul lor, variat colorat, să stimuleze apetitul copiilor. Zeama (sosul) pentru salată se poate prepara după mai multe formule.

Pentru salata de fructe:

1. Suc de la 1/2 lămâie, 2 linguri de suc de fructe, 2 linguri sirop de zahăr sau apă fiartă;

2. Sucul de la 1/4 lămâie, 100 g pulpă de fructe;

3. Sucul de la 1/2 lămâie, 2-3 linguri smântână proaspătă.

Pentru salate de zarzavat:

1. 100 ml iaurt sau smântână, sare sau puţin zahăr;

2. suc de lămâie sau oţet diluat, sare, ceapă tocată mărunt, ulei, cu sau fără verdeaţă tocată;

3. zeamă de carne sau de zarzavat, sare, lămâie.

Salată de mere. 250-300 g mere. Pentru sos: 4 linguri de apă, 4-5 bucăţi de zahăr, suc de lămâie, scorţişoară.

Merele bine spălate se curăţă şi se taie în felii subţiri. Se picură sucul de lămâie şi se toarnă deasupra siropul (în care s-a fiert şi scorţişoară) după ce s-a răcit. Se poate presăra cu nuci tocate mărunt şi cu stafide. Se poate prepara şi cu banane şi stafide. În locul siropului se pot pune 3-4 linguri de lapte sau smântână.

Salată din amestec de fructe. 300 g fructe, 20 g stafide, 30 g nuci sau migdale, 25-30 g zahăr pudră.

Fructele mici se pun întregi, cele mari se taie felii foarte subţiri. Se amestecă cu stafidele înmuiate în apă, nuci tăiate şi zahăr. Se toarnă deasupra unul din sosurile enumerate mai sus.

Această salată poate fi preparată din: banane, piersici, pere, struguri, mere, caise, portocale, zmeură, cireşe, căpşuni. Salata este cu atât mai gustoasă cu cât fructele folosite sunt mai numeroase.

Salată de conopidă. 400 g conopidă, apă, sare, o lingură de ulei, 4 linguri zeamă de carne (sau zeamă de conopidă), suc de lămâie sau oţet.

Conopida se fierbe în apă cu sare, după răcire se desfac floricele mici şi se toarnă deasupra sosul preparat din zeama de carne (sau de conopidă), sare şi lămâie.

Salată de cartofi cu roşii. 250 g cartofi, 2 roşii, sare, mărar, 2-3 linguri smântână (sau maioneză), un ou fiert tare.

Se fierb cartofii, se curăţă de coajă şi se taie felii. Se amestecă cu oul fiert tăiat felii. Se adaugă roşiile tăiate, mărarul tocat şi smântână sau maioneză. Se amestecă totul bine.

Salată portocalie-albă. 150 g morcovi raşi, 100 g ţelină rasă, 50 g mere rase.

Se amestecă totul cu un sos cu lămâie sau cu maioneză şi brânză de vaci. După gust, se pot presăra nuci sau migdale tăiate. Se lasă să tragă 15 minute.

Salată de cruditâţi. 200 g varză albă, tocată, un morcov ras, 1/2 ţelină rasă, un gogoşar tăiat felii mici, o ceapă mică, tocată, 2 linguri ulei, sare, suc de lămâie.

Se amestecă toate zarzavaturile, se toarnă deasupra sosul preparat din ulei, suc de lămâie, sare.

Deserturi - dulciuri

Mere îmbrăcate. 200 g făină, 140 g unt, 70 g zahăr, un ou, sare, mere de mărimea unui ou, gem acrişor.

Din făină, unt, zahăr, gălbenuş şi puţină sare se face o cocă pe care o lăsăm să stea o oră. Se aleg merele, se spală bine, se curăţă de coajă, se scobesc şi se umplu cu gem. Coca se întinde ca o foaie groasă de 2-3 mm, se taie pătrate. Se îmbracă fiecare măr în cocă adunând cele patru colţuri în partea de sus. Se înmoaie în albuş, se tăvălesc în zahăr şi se dau la cuptor la foc potrivit până se rumenesc uşor. Se servesc calde.

Budincă cu fructe (4 porţii). 250 g fructe, 250 g zahăr pudră, 4 foi de gelatină, 6 albuşuri, frişcă.

Fructele proaspete (căpşuni, zmeură, mure, caise sau piersici) se spală, se fărâmă cu lingura (sau cu mixer-ul) se storc prin tifon sau sită şi se freacă spumă cu zahărul. Apoi se adaugă gelatina dizolvată în apă fierbinte şi albuşurile bătute spumă tare. Se toarnă într-o formă, clătită cu apă rece şi se pune la rece. Se serveşte cu frişcă.

Cremă de zahăr ars (pentru cinci porţii). 1/2 l lapte, 4 linguri de zahăr pentru cremă şi 2-3 linguri pentru ars, 4 ouă întregi, vanilie.

Se freacă bine ouăle întregi cu zahărul, şi se adaugă încet laptele, amestecând mereu. Apoi se toarnă compoziţia într-o formă tapetată cu zahăr ars şi se aşează forma în baie de apă, la cuptor. Se lasă 20-30 de minute, până se încheagă. Apoi se răceşte. Se răstoarnă pe farfurie în momentul servirii.

Lapte de pasăre. 400 ml lapte, două ouă, două linguri de zahăr, o linguriţă de făină, zahăr vanilat.

Laptele se pune la fiert, se bate albuşul spumă, până când se ţine singur de tel; se adaugă în ploaie o lingură de zahăr, bătând încet. Se ia câte o lingură de albuş şi se pune în laptele clocotind. Se fierbe întorcând albuşul pe o parte şi pe cealaltă, însă nu mai mult de un minut. Găluştele formate astfel se scot cu o spumieră şi se pun într-un castron. După ce au fiert toate găluştele, se strecoară laptele rămas. Se freacă bine gălbenuşul cu restul de zahăr, se adaugă făina şi se subţiază laptele strecurat, turnat puţin câte puţin. Se pune această cremă la fiert la foc slab, amestecând mereu până începe să se îngroaşe. Se ia de pe foc, se adaugă zahăr vanilat şi se toarnă printre găluşte, fără a le acoperi. Se pune la rece.

Mere coapte umplute cu dulceaţă. Se aleg mere sănătoase, câte încap într-o crăticioară de 1 litru. Se spală, se curăţă şi se scobesc. În scobitură se pune dulceaţă de vişine sau de alte fructe, nucă măcinată şi se presară puţin zahăr.

Se aşază merele în crăticioara unsă cu unt şi se dă la cuptor la foc potrivit până se coc merele. Se servesc calde.

Budincă de griş (4 porţii). 3 ouă, 120 g griş, 2 linguri zahăr, 1/2 litru lapte, sare, coajă de lămâie, vanilie, sirop de zmeură sau dulceaţă fină.

Gălbenuşurile se freacă spumă cu zahărul, apoi se adaugă grişul în ploaie, coaja de lămâie, albuşurile bătute spumă şi sarea. Se coace la foc potrivit în forma unsă şi presărată cu griş. Când se desprinde de marginea formei, budinca este coaptă. Între timp se fierbe laptele cu vanilia şi cu o lingură de zahăr. Când se scoate budinca din cuptor, se toarnă deasupra laptele fierbinte. Se lasă în formă până se absoarbe tot laptele, apoi se răstoarnă, se unge cu gem sau dulceaţă. Poate fi servită şi cu sirop de zmeură sau frişcă.

Sos caramel. Se arde zahăr într-o tigaie, până capătă culoarea galbenă-roşiatică şi se stinge cu apă. Se lasă să fiarbă pentru ca zahărul să se dizolve. Se poate folosi la griş cu lapte sau orez cu lapte, la budinci, creme.

Fursecuri cu miere. 500 g zahăr tos, 4 ouă, 4 linguri de miere caldă, făină cât cuprinde, 1/2 pachetel praf de copt.

Jumătate din zahăr se freacă bine cu ouăle întregi, se adaugă mierea caldă, apoi făina în care s-a amestecat restul de zahăr şi praful de copt; se face un aluat con-

sistent. Se formează biluțe de 1,5-2 cm diametru, se coc la foc potrivit. Se pot păstra mult timp (se frăgezesc după 2-3 zile).

Prăjitură cu cremă de lămâie. Pentru aluat: 500 g făină, 140 g zahăr, 100 g unt, 1 linguriță de amoniac, 100 ml lapte, 2 ouă, zahăr vanilat. Pentru cremă: 250 g unt, 250 g zahăr pudră, 2 gălbenușuri, zeama și coaja de la o lămâie, 1 lingură făină și 100 ml lapte.

Se freacă zahărul cu untul, apoi și ouăle, se adaugă făina, amoniacul și laptele. Se coc trei foi.

Pentru cremă se freacă untul cu zahărul pudră. Separat se amestecă făina cu laptele rece și se pune pe baie de apă, amestecând continuu, până se îngroașe. După ce se răcește, se adaugă treptat untul frecat cu zahăr, iar la sfârșit zeama și coaja de lămâie rasă. Se ung foile. Se taie a doua zi după ce prăjitura a fost pudrată cu zahăr.

Băutură răcoritoare pentru "petreceri". Diferite fructe proaspete, bine coapte, suculente (caise, piersici, căpșuni, zmeură, portocale).

Se spală bine, se taie în cuburi mici și se așează într-un castron (de sticlă) adânc. Se adaugă fructe conservate (cireșe, vișine, ananas din compot). Se presară cu zahăr și se toarnă deasupra apă fiartă și răcită, de asemenea zeamă de lămâie și ceai rusesc tare, proaspăt preparat și răcit. Se amestecă totul bine și se pune la frigider. Când se servește se adaugă cuburi de gheață sau puțin sifon.

6 ȘCOLARUL MIC. ADOLESCENTUL

6.1. Școlarul mic

Cu al 7-lea an de viață începe vârsta de școlar mic (6½ - 12 ani) continuată de adolescența subîmpărțită convențional în două sau mai multe subperioade. Noi am ales divizarea ei în trei etape: adolescența timpurie (12-14 ani), adolescența mijlocie (14-16 ani) și adolescența târzie (între 16 și 21-22 ani). Vârsta între 12 și 20 de ani reprezintă etapa cea mai activă în ce privește dezvoltarea fizică, psihomotorie și socială a ființei umane. Copilul devine adult.

Trebuie subliniat că se observă foarte mari diferențe în ce privește apariția în timp, durata și manifestările fizice și psihice în procesul de maturație biologică, psihică și socială.

Sunt încă unele necunoscute în procesele hormonale care se desfășoară în cursul pubertății. Toate aceste procese, ca și gradul de inserție socială, sunt influențate de o serie de factori din care amintim: ereditatea, modul de viață și îndeosebi alimentația, unele boli, tradiții etc.

Părinții și/sau adulții care se intrică în viața școlarului și/sau adolescentului trebuie să încerce să fie capabili să facă față multor cerințe, uneori greu de rezolvat. Dintre acestea amintim:

1) Să urmărească și să consemneze schimbările în ce privește: înălțimea, greutatea, momentul și modul cum survin modificările determinate de pubertate: a) *fete*: sâni, pilozitate, armonia dezvoltării unor segmente ale corpului ca șoldurile, membrele inferioare, bustul, apariția și modul cum decurge ciclul menstrual; b) *băieți*: organele genitale, pilozitatea etc. Începând de la vârsta de 10 ani și până la 20 de ani se vor măsura bianual (ziua de naștere și jumătatea anului) greutatea și înălțimea: ultima este bine să fie consemnată pe tocul unei uși.

2) Să urmărească modul cum se inseră social: școala și apoi inițierea într-o meserie, hărnicia, potențialul intelectual și fizic.

3) Să fie la curent cu grupul de prieteni din școală și din afara școlii. În epoca actuală adolescenții își duc viața în cadrul unor grupuri, care au căpătat o importanță și o semnificație tot mai mari în adolescență. Își fixează anumite comportamente obligatorii pentru fiecare membru al grupului, preferă anumite activități, devin membri sau "fani" ai unor cântăreți ori formații muzicale, ai unor grupuri sportive, ai anumitor personalități sau vedete din teatru, televiziune etc. Părinții trebuie să înțeleagă toate aceste mutații în comportamentele tinerilor, să le accepte dar, în același timp, să le discearnă bine pentru a depista orice turnură spre activități antisociale.

4) Să depisteze și să prevină toate riscurile la care se expun copiii (accidente: bicicleta, traversarea străzilor, rolele, alunecuș pe ape înghețate, jocuri în locuri periculoase, înec, căderi) și adolescenții (turismul la munte, înotul în mare și ape curgătoare adânci, alcoolism, droguri, participare la acțiuni antisociale, boli venerice, perversiuni sexuale).

5) Legătura susținută cu corpul profesoral.

6) Să se asigure consultații medicale periodice pentru a urmări dezvoltarea fizică și psihomotorie, etapele pubertății, anomaliile și boli ale sistemului osos, cariile dentare, obezitatea, acneea juvenilă, anomalii sexuale, probleme de igienă mentală, carențele alimentare, nevrozele, randamentul școlar.

Între 6-12 ani

Dezvoltarea fizică. Între 6 și 12 ani copilul crește în medie în greutate cu 3-3,5 kg/an și cu 6 cm/an. Creșterea se face inegal cu alternanțe de perioade cu creștere când în înălțime (perioade de "înălțare"), când în greutate (perioade de "împlinire") care afectează toate segmentele corpului, dar în primul rând trunchiul și membrele. Se "schimbă" dinții de lapte, erupând cei definitivi. Survin mari progrese în funcțiile mișcării (motricitatea generală și fină). Nevoile nutritive sunt mai mari în perioadele de creștere.

TABELUL 6. 1

GHID PENTRU PĂRINȚI CÂND COPIII ÎNCEP ȘCOALA

1. Luați legătura cu educatoarea de la grădiniță pentru a fi informat asupra maturației copilului pentru școală
2. Consultarea medicului de familie asupra stării de sănătate și a dezvoltării fizice și neuromotorii
3. Transferul fișei medicale la cabinetul medical școlar
4. Încercați să "convingeți" pe copil să renunțe la unele tulburări care-l pun în situații de inferioritate (suptul degetului, incontinența urinară etc.)
5. Școlarul trebuie să pună în practică singur următoarele deprinderi: îmbrăcat, încălțat, spălarea mâinilor înainte de a mânca, mâncat, folosirea closetului public, spălarea dinților, aranjarea cărților în ghiozdan
6. Vizitați școala împreună cu copilul
7. Fixați întâlniri cu copii care vor merge la aceeași școală
8. Învățați copilul să știe bine adresa și numărul de telefon de acasă
9. Învățați copilul cum să traverseze strada și cum să circule cu mijloacele de transport în comun
10. Instruiți copilul cum să se comporte în întâlnirile cu străinii
11. Obișnuiți-l să se culce devreme pentru ca trezirea de dimineață să se facă spontan sau ușor
12. Dimineața să aibă timp suficient pentru a pregăti plecarea la școală (spălat, îmbrăcat și încălțat, gustarea). Cărțile se aranjează în ghiozdan seara
13. Despărțirea de părinți să fie prietenoasă
14. Instruiți copilul unde să meargă în situații de urgență survenite acasă (vecini, rude)
15. În primele zile însoțiți copilul până învață traseul și stațiile în deplasarea spre școală
16. Țineți legătura cu învățătorul și urmăriți viața școlară (randament la învățătură, inserția socială cu colegii etc.)
17. Informați învățătorul despre schimbările din viața copilului

TABELUL 6. 2

SFATURI PENTRU FAMILIILE CU ȘCOLARI „CU CHEIA DE GÂT"

Sfaturi pentru copii

1. Să nu intre în casă dacă ușa este crăpată sau sesizează ceva suspect
2. Să nu se joace cu cheile. Ușa să fie totdeauna încuiată
3. Răspunsul la telefon este "Părinții sunt ocupați!" (și nu "plecați")
4. Tehnica primului ajutor
5. Sfaturi pentru modul cum procedează în caz de foc ("căi de evacuare") sau alte neprevăzute (conducte de apă defecte, pană de electricitate, inundație)
6. Sfaturi pentru prepararea mesei; cuptoarele cu microunde sunt cele mai bune
7. Măsuri de siguranță la baie (fără instrumente electrice!)
8. Precauții în caz de perturbări meteorologice: furtuni, grindină, ploi torențiale, inundații
9. Precauții la deschiderea garajului

Sfaturi pentru părinți

1. Notarea numărului de telefon lângă aparatul de telefon
2. Alegeți un vecin(ă) care este de obicei acasă pentru urgențe
3. Învățați pe copil: numele, adresa, telefonul, numele părinților
4. Lăsați numărul de telefon de la serviciu
5. Încuiați sursele de foc
6. Organizați o trusă de prim ajutor
7. Avertizați copilul asupra străinilor la întoarcerea de la școală; să nu urce cu liftul dacă sunt persoane străine de bloc; să nu deschidă ușa persoanelor străine de familie
8. Veniți acasă la timp; sunați în prealabil
9. Lăsați mesaje pe bandă pentru copil. Recomandați-i ce are de făcut când este singur acasă
10. Lăudați copilul pentru succese
11. Avertizați vecinii asupra schimbărilor survenite

TABELUL 6. 3

SFATURI PENTRU VIZIONAREA PROGRAMELOR DE TELEVIZIUNE

1. Se stabilesc ore de vizionare în anumite limite (filme și anumite emisiuni săptămânale)
2. Se stabilesc condițiile de vizionare (la masă, în dormitor, nu zgomotos)
3. Televiziunea nu reprezintă un premiu sau o pedeapsă
4. Fixarea programelor ce vor fi vizionate se face printr-un schimb de păreri cu copiii
5. Învățați copiii să fie critici cu discernământ la conținutul programelor
6. Învățați copilul să diferențieze emisiunile propriu-zise de reclame
7. Vizionările la televiziune nu trebuie să înlocuiască alte activități: jocul în aer liber, cititul etc.
8. Se evită programele nocturne și filmele de groază cu conținut antisocial etc.
9. Copilul nu trebuie să "zacă" în fața televizorului, avid de orice emisiune

Dezvoltarea psihică. Se înregistrează modificări însemnate. Este mai puțin egocentric. Pricepe că nu are totdeauna dreptate. Se exprimă prin vorbe, emoții și gânduri. Limbajul crește la 3 000 de cuvinte (sau mai mult). Sunt rare cazurile în care copiii mai fac greșeli de pronunțare (îndeosebi litera R plasată lângă o consoană). În schimb, pot surveni temporar alte tulburări ca bâlbâiala. Formulează fraze complexe.

Dezvoltarea socio-emoțională. Începe să-și interiorizeze gândurile, emoțiile, speranțele. Vrea să facă și altceva decât ceea ce realizează până acum. Dorește să fie ca prietenii. Competiția este importantă. Se teme de mutilarea fizică și de modificarea imaginii corporale. Pot să revină unele fobii anterioare. La mulți apar coșmaruri. Se teme de moarte. Se preocupă din ce

în ce mai mult de aspectele sexuale; este bine să se înceapă educația sexuală progresivă.

Sunt frecvente ticurile nervoase.

Nutriția. Se constată mari variații de apetit. Perioadele de creștere, educația fizică și anxietatea școlară au un mare rol în modul cum și ce mănâncă. De subliniat tendința de a nu mânca dimineața din cauza grabei și grijilor școlare. Nu-și consumă nici "gustarea" la școală. (Vezi amănunte mai departe la "alimentație" pag. 248).

Jocul. Preferă jocurile în grup, de obicei cu copii de același sex. Începe să fie interesat de cărți pentru toate vârstele. În familie îi plac jocurile "de societate" (cărți de joc etc.).

Prevenirea accidentelor. În mașină trebuie plasat numai pe scaunul din spate și să poarte centură de siguranță. Atenție la mersul pe bicicletă, la alte preferințe cu risc (jocuri cu echipamente mecanice, înot în ape curgătoare și pe mare, alpinism fără echipament corespunzător și pe trasee cu risc, urcușul în copaci și pe stâlpi de înaltă tensiune, insolație etc.).

Între 6 și 7 ani

Dezvoltarea fizică. Încep unele modificări în proporțiile diferitelor segmente ale corpului, însoțite de un salt în creșterea staturală. În comparație cu trunchiul, membrele inferioare și superioare devin mai lungi și mai musculoase. Toracele se turtește anteroposterior. Abdomenul prea mare la copilul mic se turtește de asemenea, devine mai suplu, se schițează talia. Lățimea umerilor începe să depășească pe cea a șoldurilor. Gâtul devine mai subțire și mai lung. Fața este supusă de asemenea unor modificări: fruntea înaltă și bombată de preșcolar nu mai este atât de dominantă la școlar. Nasul se subțiază. Maxilarul inferior începe să crească. Motricitatea fină nu s-a maturizat. Abilitatea de a scrie îl obosește: după scrierea a 1-2 pagini, literele nu mai sunt trasate perfect, apar greșeli. Maturarea musculaturii mâinilor este foarte lentă; apucarea începută de la 2 luni se va definitiva de abia după 7 ani.

Dezvoltarea psihică. Vocabularul este de circa 2 500 de cuvinte. Învață să citească și să scrie. Diferențiază stânga de dreapta; dimineața, după-amiaza, seara. Limbajul devine mai agresiv, argumentativ, uneori cu alură de șef.

Dezvoltarea socio-emoțională. Devine expansiv, "știe tot!". Părinții ar trebui să se retragă din lupta pentru afirmare. La 7 ani devine gânditor, reflectează. Este foarte sensibil. Folosește telefonul. Vrea să "facă"; începe multe, dar finalizează puține. I se pot încredința treburi în gospodărie.

Nutriția. Persistă inapetența selectivă din perioada de preșcolar. Prin consumul redus de carne apare riscul anemiei, refuzul laptelui poate duce la încetinirea creșterii și la hipocalcemie, lipsa de vegetale duce la unele avitaminoze și la constipație. Apa este permisă cât vrea și când vrea (inclusiv în timpul mesei!). "Rația" de apă în 24 de ore este în jur de 100 ml/kg/corp. Vezi pag. 248

Jocurile. Agreează încă păpușile, mașinuțele, camioanele. Se joacă încă singur, dar începe să prefere grupul, deocamdată de ambele sexe. După 7 ani începe să prefere grupul de același sex. Este apt pentru a învăța să folosească bicicleta. Îi plac jocurile active (v-ați ascunselea, săritul corzii, skate, jocurile cu balonul). Începe să colecționeze cantitativ, nu calitativ. Este interesat de dans, gimnastică, muzică. Vizionarea televizorului trebuie limitată la 1-2 ore pe zi.

Siguranța. Necesită încă supravegherea adulților la joacă. Întăriți prevederile pentru evitarea accidentelor de circulație (joc pe stradă, traversare etc.). Instruiți-l să evite străinii și oferta darurilor de la necunoscuți. Mersul pe bicicletă este permis numai în curtea casei; NU în zone cu trafic. Avertizați-l de pericolul noxelor: fumatul, alcoolul, drogurile. Jocul în aer liber în timpul iernii va fi fixat în funcție de comportamentul copilului la frig.

Imunizări. Se continuă vaccinările după "calendarul" fixat de Inspecția sanitară de stat. Dacă nu s-au făcut rapelurile la 5 ani este obligatorie vaccinarea în primul an de școală.

Între 8 și 10 ani

Se mișcă și se joacă mult, uneori până la epuizare fizică. Motricitatea fină este deplină; scrisul nu-l mai obosește, devine ordonat, estetic, cu greșeli mai rare. De altfel toate mișcările devin coordonate. La multe fete apar primele semne secundare sexuale (puf genital, sânii devin proeminenți etc.). Poate apărea miopia.

Dezvoltarea psihică. Pe lângă faptul că scrie și se pronunță fără greșeli de gramatică își exprimă verbal sentimentele. Desenele devin tot mai detaliate. Înțelege clasificarea, serializarea, conceptul de spațiu și timp. Limbajul devine tot mai fluent și mai "colorat". Îi plac ghicitorile, bancurile, cântecele – preferă și unele melodii, jocurile de cuvinte. Începe să fie interesat cum se desfășoară lumea oamenilor, dar și viața animalelor, transformările în natură, anotimpurile, vremea.

Dezvoltarea socio-emoțională. Preferă copiii de același sex. Antagonizează cu sexul opus. În familie este din ce în ce mai sigur pe el. Începe să se îndoiască de valoarea părinților. Simțul umorului este dezvoltat. Îi place societatea, organizările în grup. Devine conștient de diferențele de sex. Este manierat cu adulții. Spiritul de bandă atinge apogeul. Domină ritualurile și codurile secrete. Răspunde mai bine la sugestii decât la ordine. Părinții sunt datori ca toate relațiile să se desfășoare prin dialog.

Nutriția. Sunt necesare circa 2 100 calorii pe zi. Nu "are timp" să mănânce. Părinții trebuie să insiste pentru un meniu zilnic echilibrat cu proteine (lactate, carne), vegetale (fructe, zarzavaturi) și hidrocarbonate. Din cauza capriciilor de apetit survin tendințe de deficit de calciu, fier, tiamină. La sedentari și/sau la gurmanzi sau cu preferințe exagerate pentru dulciuri apare problema obezității. Este apt și trebuie îndemnat să participe la prepararea mesei; indiferent de sex trebuie să se deprindă să-și pregătească singur sandvișul pentru școală (vezi și mai departe despre "alimentație").

Jocurile. Agreează sportul, excursiile, lucrul manual, gătitul. Este mare amator de muzică, radio, discuri. Colecțiile devin calitative.

Siguranța. Atenție la armele de foc (păstrate în siguranță și folosite în prezența adulților). Părinții sunt datori să cunoască prietenii copilului și să facă o selecție discretă. Atenție la pericolul apei (înot supravegheat).

Imunizări. Dacă nu s-au făcut seriile anterioare de vaccinări este cazul să se completeze. Atenție îndeosebi la vaccinarea antitetanică.

De la 11 la 12 ani

Dezvoltarea fizică. Elementele esențiale se apropie de adult. Creșterea în înălțime este accelerată. Maturizarea este mai precoce la fete, cu diferențe importante între cele două sexe. La băieți forța fizică este mai mare. Dentiția definitivă este completă cu excepția celui de al 3-lea molar. La băieți apar caracteristicile celui de al doilea stadiu al pubertății (vezi mai departe). La multe fete apare menstruația. De altminteri, în ultimele decenii se constată apariția mult mai de timpuriu a pubertății.

Dezvoltarea psihică. Judecă probleme sociale. Ia în considerare și alte puncte de vedere decât cele vehiculate în familie și școală. Îi plac lecturile despre mistere și poveștile de dragoste. Folosește bine ideile abstracte. Este interesat de modul de reproducere umană. Înțelege și respectă măsurile de igienă și de îngrijire corporală.

Dezvoltarea socio-emoțională. Diferențe mari între fete și băieți. Fetele sunt mai "evoluate" în ce privește relațiile cu băieții, flirtează. Băieții sunt încă "mai copii", le tachinează, uneori cu unele brutalități de limbaj. Începe însă cea mai înduioșătoare perioadă de prietenie. Atât fetele cât și băieții nu mai acceptă tutela familiei și doresc o independență nelimitată. Sunt refractari la rutină. Se înregistrează mari variații afective. În familie simt nevoia să aibă condiții (timp, spațiu) pentru o intimitate individuală. Devin autocritici cu munca personală. Se informează despre evenimente dincolo de familie și școală. La băieți apare masturbația. La ambele sexe se instalează o stare de tensiune permanentă, de frământări cu speranțe, îndoieli, neliniște.

Nutriția. Nevoile calorice sunt mai mari la băieți (circa 2 500 calorii pe zi) decât la fete (2 250 calorii pe zi). Este nevoie de consum mare de lichide (75 ml pe kg/corp/zi). Atât băieții cât și fetele au nevoie pentru creștere de circa 2 g de proteine pe zi sub formă de lactate (proteine și calciu) și de carne sau pește (proteine plus fier). Este nevoie de mese mai dese, pentru că pot surveni crize de hipocalcemie (consum redus de lactate) sau de hipoglicemie (meniu fără dulciuri; refuză micul dejun și gustarea din recreație). Crizele respective se manifestă prin scăderea randamentului intelectual și/sau fizic, oboseală, nervozism și lipotimii (pierderea conștienței, căderi).

Timpul liber. Face tot felul de planuri, proiecte, lucrează manual. Muncește pentru bani. Este interesat de sport, dans, telefonat. Îi place actoria; preferă spectacolele și filmele cu drame.

Siguranța. Părinții trebuie să exercite un control permanent al prietenilor. Atenție la mersul pe bicicletă, ascensiuni pe munți, înot în ape necontrolate. Frecventarea discotecilor și altor forme de distracții (jocuri mecanice etc.) sunt adesea riscante. Apare tentația pentru consumul de alcool și/sau droguri!

6.1.1. Părinții față în față cu școlarul mic

Condiția indispensabilă a împlinirii copilului este sentimentul de a fi în securitate și iubit. El trebuie să simtă că i se oferă tandrețe consecventă, că se acceptă

rezultatele de la școală (chiar dacă nu sunt întotdeauna strălucite) și caracterul său (oricât de dificil ar fi). Dacă părinții școlarului mic dau dovadă de înțelegere, țin pasul cu achizițiile lui, îl încurajează cu afecțiune (niciodată nu va fi mustrat cu mânie!) și îi atribuie progresiv independență, vor constata că el va accepta cu ușurință normele de disciplină ale procesului de învățământ.

La școlarul mic este încă foarte pronunțată dorința de a fi pe placul celor mari (părinți și dascăli). Ambițiile părinților pentru copilul lor trebuie să fie în limite rezonabile, pentru a nu-i cere mai mult decât îi permite nivelul lui intelectual. Solicitările la care el nu face față îi dau un sentiment de insecuritate. Criticile aspre, pisălogeala, batjocura, comparațiile defavorabile sau pedepsele nu stimulează pe copil în a învăța. Pe de altă parte, se vor evita laudele excesive care pot duce la teama de eșec.

Trebuie să se cultive la școlar bucuria de a învăța, de a descoperi, de a crea. Această trăsătură există în el; a exersat-o în primii 6 ani ai copilăriei sub forma jocului. Copilul trebuie "învățat să învețe". Dincolo de a deprinde să citească și să socotească, a învăța înseamnă să aibă o activitate dirijată, să amâne satisfacția propriilor dorințe și să lucreze pentru scopuri mai îndepărtate.

Copilul trebuie să învețe să fie perseverent, să capete gustul lucrului bine făcut. Va fi încurajat să încerce mereu și să repete, ajutat de părinți în mod discret, pentru a evita insuccesul. Pe măsură ce se desăvârșește maturația, școlarul va dobândi gândirea logică, va învăța să aprofundeze un subiect, să stabilească analogii, diferențe, cauze și efecte, să caute explicații. Va deveni capabil să gândească critic despre ceea ce citește sau vede în jur, despre ceea ce spun și fac părinții. În această perioadă părinții se vor abține de a-l trata de sus, prea autoritar, de a-l culpabiliza pentru orice insucces. În raporturile dintre părinți și copii este bine să fie un "dialog" permanent, adesea de la egal la egal. Asemenea relații se răsfrâng favorabil asupra atmosferei din familie cât și asupra randamentului școlar.

• *Ambianța familială*. Copiii din familii bine închegate și cu nivel intelectual corespunzător învață mai bine decât colegii cu aceeași dotare intelectuală dar care provin din familii "cu probleme". Dintre factorii care influențează randamentul școlar amintim: *a*) armonia dintre membrii familiei; *b*) familia să împărtășească și să trăiască atât "necazurile" cât și satisfacțiile copilului; *c*) interesul familiei pentru instrucția școlară; *d*) să fie accesibil, direct și natural în discuțiile cu copilul; e) în orice discuție cu școlarul, respectiv adolescentul, să accepte "dialogul" și să aibă curajul să recunoască eventualele greșeli; *f*) prin fapte să constituie un exemplu pentru școlar și/sau adolescent; *g*) să se evite contradicțiile dintre părinți în problemele copiilor. Este important ca părinții să țină legătura cu școala pentru a fi la curent cum se desfășoară copilul la școală și pentru a evita absenteismul. Absenteismul "nemedical" crește cu vârsta. De cele mai multe ori se datorează neglijenței familiei.

• *Condiții de lucru*. În măsura în care este posibil se va asigura copilului o cameră sau un loc unde să-și așeze cărțile și să-și facă lecțiile în liniște. Pentru a putea lucra concentrat se vor evita: întreruperea lecțiilor pentru treburi casnice, zgomote de fond (radio) sau vizionarea concomitentă a programelor TV. Copilul va fi îndemnat să-și facă lecțiile într-un anumit interval de timp pentru a se putea dedica și altor ocupații (jocul este încă o necesitate la școlar!), pentru a se plimba sau pentru a ajuta în gospodărie. Copiii care stau mult deasupra caietelor de teme și cărților nu sunt și cei mai buni elevi! Ei nu s-au deprins să învețe sistematizat; trebuie controlați și îndrumați de părinți.

• *Randamentul școlar* nu e întotdeauna egal cu gradul de înzestrare a copilului. Un copil inteligent, dar nefericit, lucrează greu la școală. Altul, mai puțin dotat, dar foarte harnic și disciplinat are note bune. Unii copii gândesc mai încet și se blochează dacă profesorii îi "iau mai repede", alții nu se pot exprima, chiar dacă raționează bine. Sunt și copii neastâmpărați sau visători, sau leneși. Lenea se poate întâlni la copiii care "prind prea ușor" și care nu mai cred că este nevoie să învețe; ea poate fi însă și o trăsătură de caracter, rezultatul influenței unor colegi sau lipsei de stimulare din familie.

Copiii cu infirmități sau cei cu boli cronice care-i "exclud" parțial din colectivul clasei sunt adesea țintă ironiilor colegilor, se autoizolează și devin timizi.

Părinții și cadrele didactice le pot găsi cauza și le pot – uneori – remedia, înainte de a mustra pe copil "că ar putea face mai mult".

• *Dificultățile școlare* sunt consecințele fie unui handicap fizic, fie ale unor dezordini afective.

Handicapurile fizice care împiedică şcolarizarea sunt numeroase. Dintre acestea amintim: debilitatea mintală, instabilitatea psihomotorie, insuficienţa auditivă.

Tulburările afective pot exista într-un ansamblu de tulburări de comportament. Ele pot coexista ca o motivaţie reacţională la un copil care prezintă unul din handicapurile precedente. Opoziţia faţă de şcoală se manifestă prin dezinteres (adesea asociat cu turbulenţă), prin lentoare la lucru, prin scris de mântuială, caiete prost întreţinute şi mâzgălite cu pete de cerneală, prin teme nefăcute sau neterminate. Părinţii trebuie să ducă un astfel de copil la medic şi psiholog care stabilesc dacă dificultăţile şcolare sunt consecinţele unei infirmităţi fizice sau sunt pur psihologice. Dintre numeroasele probleme afective ce pot duce la eşec şcolar enumerăm numai câteva: *a*) atitudini educative contradictorii, incoerente, variabile la părinţi, lipsa de unitate de vederi sau inconsecvenţă; *b*) neînţelegeri grave în familie cu părăsirea bruscă a căminului de către unul din părinţi; *c*) preocuparea inegală a celor doi părinţi: unul autoritar, posesiv, celălalt şters, depreciat, "inexistent"; *d*) o gelozie faţă de o soră sau un frate; *e*) schimbarea frecventă a şcolilor; *f*) lipsa de preocupare a familiei pentru cărţi şi ocazii de a se instrui (o familie care se interesează numai de fotbal şi cântăreţii la modă nu incită deloc pe copil la învăţătură etc.); societatea ("gaşca") de copii cu care-şi petrece timpul liber.

În încheiere am ţine totuşi să dăm câteva exemple de copii etichetaţi ca "întârziaţi", cu dificultăţi la învăţătură, care ulterior au devenit celebri: Louis Pasteur (elev mediocru care învăţa lent), James Watt (considerat mărginit şi stupid), Charles Darwin (puţin isteţ şi recunoştea singur că gândeşte lent), Lev Tolstoi (nu putea şi nici nu voia să înveţe).

Dintre cazurile de copii-problemă cu tulburări de comportament, nedisciplinaţi cu şcolarizare în care au fost repetenţi, iar mai târziu în şcoala militară cu acte grave de indisciplină şi de conformism se poate cita cazul lui Winston Churchill, prim-ministrul Angliei în cel de al II-lea război mondial.

• *Copilul supradotat.* Într-o lucrare recentă "Études génétiques sur le génie", Catherine Morris Fox schiţează biografiile a 300 genii istorice. Pe baza performanţelor intelectuale şi a aptitudinilor manifestate de aceste genii în timpul copilăriei lor, autoarea a evaluat coeficientul lor de inteligenţă (QI). Exemplificarea cuprinde printre alţii: 100-110: Copernic, Faraday; 110-120: Cromwell; 120-130: Bach; 130-140: Rousseau; 140-150: Keppler; 150-160: Tennyson; 160-170: William Pitt; 170-180: Voltaire; 180-190: Goethe; 190-200: John Stuart Mill. Din biografiile acestor genii rezultă că toţi au primit din partea familiei şi apoi a profesorilor lor un învăţământ intensiv şi precoce. Fiecare dintre ei a trăit într-un mediu extrem de activ. În loc să stea cu mâinile încrucişate aşteptând ca un astfel de copil "să se coacă", părinţii acestor genii au exersat înzestrarea de la natură a urmaşilor lor de la o vârstă fragedă. Dintre geniile româneşti am vrea să amintim pe George Enescu, ai cărui părinţi s-au ocupat de el încă din perioada de preşcolar şi şi-au dedicat întreaga existenţă creării de condiţii optime de studiu pentru desăvârşirea acestui geniu înnăscut.

Subliniem că şi un copil dotat poate pune probleme la învăţătură. El se poate lenevi pentru că învăţătura de la şcoală nu-l mai interesează sau i se pare prea uşoară, se plictiseşte sau visează şi sfârşeşte prin a obţine note mici. El se simte izolat pentru că nu găseşte pe colegii lui interesanţi; cu unii profesori poate avea contacte dificile din cauza originalităţii sau a spiritului său creator care îl fac să refuze să-şi facă temele obişnuite, preferând să se ocupe de subiecte din afara programei şcolare. Unii copii înzestraţi pentru o anumită materie de învăţământ sunt mai puţin competitivi la altele; ei reuşesc mai puţin bine decât ceilalţi colegi în exerciţii fizice şi au un comportament social dificil.

6.2. **Adolescentul**

Adolescenţa începe cu pubertatea şi se termină cu maturitatea (stadiul de adult). Se caracterizează printr-un salt în dezvoltarea fizică generală (înălţime, greutate, proporţii) şi mai ales prin creşterea şi maturaţia organelor genitale şi apariţia caracterelor sexuale secundare. Aceste modificări determină concomitent adaptări psihosociale, realizându-se maturaţia complexă a fiinţei umane în devenire pentru perioada adultă.

Se deosebesc trei stadii: *timpuriu, mijlociu* și *târziu*.

Adolescența timpurie (la fete de la 11 la 13 ani; la băieți de la 12 la 14 ani).

Este o perioadă foarte variabilă ca moment de apariție nu numai de la un sex la altul, dar și în cadrul aceluiași sex. La băieți apare mai târziu: foarte mulți dintre ei se comportă "copilărește", fără vreo modificare a caracterelor sexuale și ale comportamentului general. Schimbările apar de cele mai multe ori brusc și evoluează rapid. Constituie un obiect de preocupare intensă atât pentru școlar, cât și pentru părinți. Fiecare (adolescent și părinți) se întreabă dacă totul decurge "normal".

Relațiile cu familia se tensionează mai ales între mamă și fiică și respectiv între tată și fiu. Se întăresc relațiile cu anumiți prieteni de aceeași vârstă și cu adulți din afara familiei. Slăbește implicarea în familie, încearcă uneori să dea deoparte pe părinți și au resentimente față de "criticismul părintesc". La început aceste trăsături sunt oscilante, dar ele vor deveni ferme în adolescența mijlocie.

Băieții, din cauza creșterii rapide, sunt adesea stângaci, leneși, dezordonați și lipsiți de interes în ce privește modul cum arată. Trebuie să li se amintească mereu de necesitatea păstrării igienei. Sunt acut conștienți de transformările produse în sfera genitală. Au nevoie să fie asigurați și reasigurați că masturbarea este practicată de aproape toți adolescenții, că este normală, cu condiția să **nu** devină obișnuință.

Băieții își evaluează inițial masculinitatea în comparație cu alți băieți, comparându-și musculatura, capacitatea de eforturi fizice, dimensiunile organelor genitale și capacitatea de a ejacula. Părinții trebuie să explice băiatului că emisiunile seminale sau "visele umede" sunt fenomene normale și nu trebuie să se necăjească sau să se rușineze. Ginecomastia (dezvoltarea mamelelor) ce poate apărea la unii băieți constituie o consecință normală a dereglărilor hormonale temporare și nu trebuie să se îndoiască de masculinitatea lor.

La această vârstă atât fetele cât și băieții sunt extrem de sensibili și se deprimă ușor atunci când sunt tachinați în glumă.

Fetele sunt foarte preocupate de cum arată fizic și se frământă dacă pot concura la o competiție de frumusețe. Stresul adolescentelor în devenire combinat cu fluctuațiile și dezechilibrele hormonale determină o labilitate psihică cu proastă dispoziție și anxietate. Își compară între ele dimensiunile și forma sânilor, funcția menstruală, dar se folosesc de băieți pentru a-și evalua feminitatea.

Tații sunt adesea stânjeniți față de fiicele lor când la acestea se dezvoltă caracterele secundare și încep să respingă unele manifestări de atașament ale acestora (luat în brațe, sărutări etc.). Fetele preadolescente nu înțeleg modificările comportamentului taților și le atribuie uneori unor vinovății proprii. Ca și băieții, fetele au nevoie de informații corecte despre schimbările fizice ce apar în timpul pubertății. La prima menstruație, dacă nu sunt informate își pot imagina că sângerarea este o boală care le pune viața în pericol. Ele trebuie să știe că menstruația este un fenomen absolut normal care nu necesită limitarea activității.

Adesea, fetele se atașează intens de o prietenă de același sex, cu care ar dori să semene. Aceste prietene sunt uneori inseparabile și tind să se îmbrace, să vorbească și să gândească la fel. Petrec ore în șir analizând cele mai mici detalii de comportament. La mijlocul adolescenței această relație este înlocuită de grupul de prieteni. În general, fetele sunt cu doi ani înaintea băieților de aceeași vârstă, nu numai ca maturitatea fizică, dar și în ce privește capacitatea imaginativă, gândirea abstractă, abilitatea de a percepe sentimentele altora și toleranța față de frustrare. Adesea fetele sunt creative și își înregistrează gândurile cele mai ascunse în jurnalul zilnic.

Către sfârșitul adolescenței timpurii, atât băieții cât și fetele încep să participe plenar în grupul de prieteni. În această perioadă, în timp ce se plâng de restricțiile impuse de părinți, aderă de bună voie la cele impuse de către grupul de prieteni. Depărtându-se de familie găsesc o nouă orientare în apartenența de grup.

Adolescența mijlocie (fete: 13-16 ani; băieți 14-17 ani). Perioada celor mai rapide schimbări fizice a trecut și adolescentul se concentrează mai puțin asupra creșterii și a altor schimbări corporale și devine absorbit de identitatea personală: "cine sunt?", "ce voi face cu viața mea?".

Este perioada în care se dezvoltă personalitatea. Devin critici ai părinților, ai altor autorități adulte precum și ai atitudinilor lor. Declarându-și independența de familie devin intens implicați în grupurile de prieteni, adoptând subcultura adolescenților. Inițiază colegii de grup, alte cunoștințe și figuri publice (cântăreți etc.) pe care le admiră, împrumutând parte din comportamentul și opiniile acestor persoane. Încep

să-şi făurească anumite planuri despre carieră. O mare parte din adolescenţi sunt interesaţi de sexualitate.

Adolescenţa târzie (16 sau 17 ani – 21 de ani). Procesul de creştere în înălţime se încheie, mai întâi la fete (în jur de 16 ani şi ceva; mai târziu la băieţi – spre 17-21 de ani). Tinerii se pregătesc pentru a trăi ca adulţi. Trebuie să-şi aleagă meseria şi să meargă spre independenţa financiară. Înjghebarea unei relaţii intime cu o persoană de sex opus constituie o ţintă a adolescenţei târzii. Grupul larg de prieteni din perioada anterioară este înlocuit cu unul mai restrâns. Mulţi (cei ce nu urmează forme superioare de învăţământ) se căsătoresc sau îşi stabilesc o relaţie de iubire (cu o "prietenă"). Pentru aceasta au nevoie să se cunoască bine pe ei înşişi. Dacă nu au ajuns să aibă o identitate pot trăi un timp un sentiment de anxietate.

Relaţiile cu părinţii nu mai sunt atât de furtunoase. Sfaturile adulţilor nu le mai ameninţă independenţa. Sunt satisfăcuţi că în orice dialog sunt apreciaţi ca parteneri egali. Se interesează de unele probleme ale timpului: poluarea mediului, armonia naţionalităţilor, descoperirile tehnice etc.

În rezumat, adolescenţa târzie se caracterizează prin capacitatea de a se interesa şi a iubi şi pe alţii, de a pune binele general înaintea celui personal, de a-şi face planuri de viitor.

6.2.1. *Dezvoltarea fizică*[1]

Creşterea în înălţime se opreşte la fete la aproximativ 17 ani, iar la băieţi la 18-21 de ani. Diferenţele individuale sunt mari.

Dacă medicul şcolar observă un grup de şcolari de 13 ani (băieţi şi fete) constată că unii sunt în stadiul prepuberal, unii sunt chiar la începutul pubertăţii, iar alţii sunt aproape la înălţimea şi greutatea adulţilor. Mecanismul declanşator prin care apare pubertatea nu este complet elucidat, dar este clar că schimbările hormonale joacă un rol central în a produce creşterea şi diferenţele sexuale care au loc în adolescenţă.

Dezvoltarea fizică a fetelor. Schimbările pubertare încep cu dezvoltarea sânilor, în medie 10 ½ - 11 ani şi apariţia părului pubian la 11 – 11 ½ ani. Apariţia primei menstruaţii se leagă de momentul în care înălţimea este a 3-a sau a 4-a parte din înălţimea adultă. De regulă la 12,6-12,9 ani, dar şi la 10 sau 16 ani. Tinde să apară mai devreme decât în trecut ceea ce s-ar explica prin alimentaţie, modul de viaţă (mişcare, folosirea factorilor naturali – soare, aer, apă) şi îngrijiri medicale mai bune. În Statele Unite ale Americii prima menstruaţie apare la o înălţime de 158,5 cm şi o greutate de 43 kg (în medie).

Dezvoltarea fizică a băieţilor se apreciază prin creşterea organelor genitale şi dezvoltarea părului pubian care apare între 11 ½ şi 12 ani. Se însoţeşte de o creştere a musculaturii şi a puterii acesteia, care constituie secvenţele şi vârstele medii ale masculului.

6.2.2. *Dezvoltarea psihosocială*

Adolescenţii se caracterizează printr-o emotivitate exagerată nepreväzută şi labilă. Trăiesc cu entuziasm prezentul şi imediat pot deveni posomorâţi şi deprimaţi. Evenimente minore pentru părinţi pot fi interpretate şi trăite drept crize majore de către adolescenţi. Adesea îşi pierd controlul în răbufniri emoţionale care, de fapt, eliberează anxietatea acumulată. Apoi se simt vinovaţi, se tem că-şi vor mai pierde controlul şi se retrag pentru a-şi reevalua comportamentul. Doresc şi plănuiesc să-şi menţină, pe viitor, autocontrolul. Visează profund în timpul zilei şi nu aud când alţii le vorbesc. Comportamentul instabil, dominat de emoţii, nu trebuie ridiculizat. Este bine ca părinţii să asigure adolescenţilor spaţiu şi timp pentru a fi singuri. Trebuie să le accepte simţămintele, pornirile, inconsecvenţele şi să evite să-i critice imediat. Când îşi recapătă controlul trebuie lăudaţi.

Dezvoltarea independenţei – relaţiile cu părinţii. În adolescenţă are loc pregătirea spre viaţa de adult. Legăturile cu părinţii stabilite în copilărie sunt reduse drastic. Ambele părţi – pe de o parte părinţii, pe de alta copiii – sunt stresate. În general atitudinea adolescenţilor oscilează între contestarea totală a autorităţii părinţilor şi nevoia de a fi trataţi uneori tot ca nişte copii. Domină relaţiile preferenţiale cu părintele de sex opus şi criticarea celui de acelaşi sex. Adolescenţii de azi au acces la tot ce poate oferi societatea modernă, fiind tentaţi prin reclame, spre

[1] Vezi „Sexualitatea la copil", pag. 257-262.

cosmetice, îmbrăcăminte, discuri, telefonie fără fir etc. În general părinții doresc ca urmașii lor să nu ducă lipsurile trăite de ei, să ocupe un loc în societate superior celui deținut de ei și să nu repete greșelile lor. La noi în țară, schimbările survenite după anul 1989 au evidențiat faptul că întreaga societate românească a suferit o schimbare a mentalității care se deosebește mult de mentalitățile societății în care intrăm acum. Cei vârstnici se schimbă mai greu, cei tineri sunt mult mai accesibili transformărilor de mentalitate, de adaptare și de inserție social-economică. În general există "conflicte între generații". La noi însă este vorba de înlocuirea totală a unei lumi cu altă lume. Și aceasta se face uneori fără discernământ, cu traumatisme sociale și eșecuri generale și personale. Pe lângă aceste conflicte care țin de specificul societății românești actuale apar conflictele obișnuite ale familiei pe diverse "teme": orele de studiu, ora de retragere la odihnă, îmbrăcămintea, vizionarea televizorului, grupul de prieteni, fardurile, banii de buzunar, frecventarea discotecilor etc. Adolescenții testează constant limitele impuse de părinți, lăsând impresia, uneori, că nu au limite. Situația de fapt este însă inversă: doresc și au nevoie de limite ca o expresie a iubirii și grijii părintești. Părinții care nu fixează limite fac adolescența mai grea. O disciplină consistentă și consecventă îi face să se simtă în siguranță.

În ce privește privilegiile acordate, părinții doresc să fie câștigate printr-un comportament responsabil. Comportamentul adolescenților oscilează, însă, între cel al adultului și cel al unui copil mic și, de aceea, pentru părinți este greu să decidă cât de mare responsabilitate să le acorde. Părinții care au avut conflicte nerezolvate în propria lor adolescență vor avea mai multe momente dificile în a-și crește copiii. Cei care au crescut în medii care i-au controlat excesiv pot fi prea largi cu proprii copii și invers, cei care au crescut în medii excesiv de permisive pot controla excesiv.

Așteptările părinților sunt adesea mai mari decât pot realiza, determinând nefericire și frustrare pentru toți. Unii părinți pretind copiilor performanțe care nu pot fi realizate de școlar, adesea, pentru că dotarea lui nu este corespunzătoare (moștenire, boli etc.). Trist este că unii din acești părinți culpabilizează pe copil, ajungând să-i impună anumite restricții sau, și mai grav, să-l sancționeze cu pedepse corporale. Se ajunge la situații dramatice. Părinții sunt datori, în aceste cazuri, să consulte pe dirigintele clasei, pediatrul de familie și un psiholog. Rareori părinții consideră că adolescentul are dreptul de a-și fixa opțiunea pentru viața proprie. Atitudinea părinților are un efect semnificativ asupra comportamentului adolescentului.

Părinții și adolescenții trăiesc cel mai bine într-o atmosferă de încredere reciprocă.

Domeniul cu cea mai mare dificultate pare să fie sexualitatea. Precocitatea pubertății și influența exercitată de unele programe de la televiziune și, în general, modul cum își petrec adolescenții timpul liber (filmotecile s-au răspândit și în mediul rural!) au ca rezultat, printre altele, ca prima relație sexuală să aibă loc la o vârstă tot mai mică și părinții se tem, în mod justificat, că viața sexuală va începe când copiii nu sunt în stare să se descurce cu ea. Incidența sarcinilor la adolescente este în creștere. Violurile s-au înmulțit. Și în această direcție părinții trebuie să țină deschis un canal de comunicare, cu o relație deschisă, apropiată, permanentă.

În adolescența târzie, relația părinte-adolescent se îmbunătățește, crește încrederea reciprocă. Până în acest moment părinții trebuie să încerce să fie calmi, cu tact, păstrând un dialog permanent, chiar atunci când survin unele "furtuni".

Se pot schematiza patru modalități prin care adolescenții își dobândesc emanciparea față de părinți:

1. Adolescenții pot pleca brusc de acasă și sunt revăzuți ca adulți (situații rare!).

2. Adolescentul evoluează treptat de la copilul dependent către adultul independent fără a părăsi casa părinților. În astfel de situații lupta pentru separare, adesea, se complică și se extinde.

3. Adolescentul pleacă de acasă pentru a fi independent, apoi simte nevoia unității familiei și se întoarce. Aceasta se repetă până sunt capabili să se descurce independent, în afara casei părintești.

4. Adolescentul dorește să plece din familie. Amenință și pisează pe această temă dar nu este în stare să o facă. Comportarea sa devine inacceptabilă și forțează familia să-i ordone să-și facă bagajul și să plece.

Relațiile cu cei de aceeași vârstă. La începutul adolescenței relațiile se stabilesc cu același sex, în timpul adolescenței mijlocii relațiile sunt fie cu cei de ambele sexe, iar în perioada adolescenței târzii relația este cea de *cuplu*. Izolarea impusă de grupul de prieteni le permite să joace roluri de adulți, să stabilească relații sociale, sentimentale și de comunicări variate cu sexul opus. Conștiința apartenenței de grup determină comportamente adecvate și trece în revistă judecăți

asupra acțiunilor ce se desfășoară. Există și adolescenți care merg pe "propriul lor drum" și resping sau sunt respinși de către grup; astfel de situații sunt rare. Grupul dictează cum să mergi, să vorbești, să acționezi și să te îmbraci. Au nevoie de alți colegi asemănători lor cu care să împărtășească bucuriile și necazurile. Grupurile de adolescenți formează o subcultură în interiorul unei societăți. Subcultura are următoarele caracteristici:

1. Se instituie un sistem distinct de comunicare, sub forma unui argou, care limitează comunicarea cu cei din afara grupului, în primul rând cu părinții.

2. Se conturează comportamente caracteristice, care le permit să fie distincți: îmbrăcăminte, melodii, dansuri, coafură, aspect corporal și alte comportamente care nu au nevoie de vorbe.

3. Comportamentele acceptate se schimbă repede, uneori la intervale de câteva zile. În mediile cu standard economic coborât apare activitatea în bande. O bandă este alcătuită, de regulă, din adolescenți cu simț de identitate sărac sau negativ. Devenind membri ai unei bande dobândesc un statut și o recunoaștere pe care, altfel, nu ar avea-o. Din păcate, unele activități distructive în care se angajează astfel de bande pot lovi în șansele adolescenților respectivi de a deveni membri competitivi ai societății.

În București și în alte orașe ale țării sunt constituite astfel de grupuri.

Activitatea de grup și moda. Tinerii participă la diverse sporturi. O parte din ei le practică, dar cea mai mare parte participă și vizionează competițiile sportive în grup. Fiecare adolescent își împărtășește confidențele intime cu cel mai bun prieten.

Fetele petrec ore întregi la oglindă cu coafura și fardurile. Petrec un timp enorm vorbind la telefon pe care-l folosesc pentru a discuta subiecte care li se par interesante (îmbrăcăminte, idei, evenimente cotidiene) pentru care au nevoie de aprobare. Aceste convorbiri constituie o sursă de conflicte cu familia.

În adolescența mijlocie își doresc telefon mobil, bicicletă, motocicletă sau chiar automobil care le permit o independență crescută față de părinți și/sau o metodă de a "crește în ochii" colegilor. Inspirându-se din cele văzute și auzite despre tinerii din Occident, unii își iau servicii pe timp limitat, ceea ce le permite să-și asume atitudini de adulți.

În toate perioadele adolescenței se ascultă muzică modernă, se dansează, se citește și se petrece mult timp cu conversația.

6.2.3. *Alegerea profesiei*

Învățământul general prevede o perioadă de 9 ani, cuprinzând toată adolescența timpurie cât și o parte din cea mijlocie. Prin tradiția încetățenită în ultimele decenii, de dinainte de anul 1990, aproape toți copiii continuă să studieze atât în școlile secundare (licee teoretice, licee industriale, școli profesionale) și în foarte mare măsură continuau la școli postliceale și la universități. Prin procesul de industrializare și urbanizare forțată, adolescenții nu au mai îmbrățișat profesiunile tradiționale ale familiei și locului de baștină. Satele s-au depopulat, meșteșugarii s-au redus foarte mult făcându-și apariția un mare număr de tineri cu diplome universitare sau de școli tehnice postliceale. Toți prin planificare au fost repartizați în "producție", cu și fără o utilizare eficientă. În prezent există încă o regresie în dorința de a intra într-o formă de învățământ care să ofere o diplomă. În rândul tinerilor, contrar planurilor și concepțiilor familiei din care se trag, mulți tineri încep să-și ia un serviciu, să "lucreze" pe timp limitat, testându-și astfel aptitudinile. Pentru a avea o independență financiară, unii sunt tentați să părăsească școala și să lucreze cu o normă întreagă. Cei mai mulți optează pentru continuarea studiilor în cadrul unui liceu (teoretic sau industrial) și apoi o formă de învățământ universitară. Aceștia nu vor ajunge la independența financiară decât după vârsta de 25 de ani.

Indiferent de calea pe care și-o aleg, trecerea adolescentului după absolvirea școlii generale de 9 ani, opțiunea și trecerea la o altă treaptă a activității se face în prezent cu multe frământări, riscuri și mai ales schimbări în mentalitatea și comportamentul adolescenților. Cei care renunță la studii trebuie dintr-odată să devină "adulți", cu eforturile și rigoarea impuse de concurența obligatorie în lumea capitalistă. Nici absolventul școlii generale, până acum întreținut material și ocrotit social și psihic de familie, într-o lume restrânsă la un cerc familiar redus cu tradițiile, modul de viață echilibrat și fără zdruncinări nu este scutit de "cutremure". Ajuns în lumea liceului cu colegi veniți din alte cartiere sau localități, din familii foarte diferite, "eliberați" de prezența și controlul familiei trec în grupul adolescenților care intră sub influența noilor condiții sociale: studiul unor materii mai complicate, informații despre o altă viață decât cea oferită de familie (alte standarde și alte concepții de viață la mulți din noii colegi), o libertate mai mare de mișcare și de abordare a

vieții cotidiene, tentația escapadelor la discoteci sau localuri pentru tineri, descoperirea alcoolului și uneori a drogurilor, alte relații cu sexul opus etc. Din adolescenții timizi, stângaci, nesociabili, disciplinați, în câteva luni apar tineri cu aer de independență, puși pe "nu", care impun părinților "dialogul de la egal la egal". Depinde de mentalitatea familiei din care provine, de experiențele adolescentului din viața de familie, de atmosfera generală a școlii respective și mai ales de grupul ("cercul") de prieteni în care intră. Se schimbă viața de familie din întreaga copilărie (tradiții, metode de educație, armonia vieții de familie atât în ce privește calitatea relațiilor dintre părinți cât și a acestora cu copiii și celelalte rubedenii – bunici etc.). De asemenea, un rol important îl au cinstea, modestia, adevărul și sobrietatea vieții de familie; dintr-o familie care trăiește în minciună și necinste sunt mari șanse să rezulte urmași cu tulburări de comportament care duc până la urmă la delincvența juvenilă.

În adolescența timpurie și în cea mijlocie rolul primordial îl are grupul de prieteni, în adolescența târzie, relația obișnuită nu mai este formată de grup. Părinții sunt datori să vegheze și pe cât posibil, cu mult tact, să ferească pe adolescent de influențe nefaste. Alături de familie profesorii au un rol deosebit. În ultimii ani credem că mai mult decât familia corpul profesoral a sesizat și și-a adaptat metodele de educație și instruire didactică la mutațiile care au survenit în comportamentul, interesele și speranțele adolescenților. Planurile de învățământ, ponderea anumitor materii de studiu, metodologia predării și a disciplinei în școli a fost sesizată și adaptată (uneori) de cadrele didactice mai mult decât de alte segmente ale societății românești, începând cu părinții și terminând cu politicienii.

6.2.4. *Dezvoltarea funcției de cunoaștere (cognitivă)*

După Piaget (mare psiholog elvețian) între 11 și 12 ani are loc stadiul final. Adolescentul intră în stadiul operațiilor formale și dobândește capacitățile cognitive ale adultului. "Operațiile formale" se caracterizează prin gândire abstractă. În acest stadiu devin capabili să gândească "ipotetic". Nu se mai mulțumesc să se gândească numai la lucrurile pe care le-au experimentat sau observat direct, ci pot conceptualiza dincolo de domeniul realității pentru a raționa despre probleme și evenimente care sunt contrare faptelor sau dincolo de domeniul posibilului. Pot conceptualiza lumi și evenimente din domeniul istoriei sau viitorului, precum și despre spațiul geografic și celest. Pentru prima dată, ființa umană este capabilă să înțeleagă și să utilizeze reguli ale logicii pentru a gândi atât inductiv cât și deductiv. Înțeleg sensurile simbolice și astfel pot apuca și interpreta glume cu dublu înțeles, forme de artă ca poezia simbolistă și pictura abstractă.

Capacitatea de a utiliza gândirea abstractă influențează comportamentul general al adolescentului. La începutul adolescenței și mai puțin în cursul adolescenței medii sunt egocentrici. Sunt profund angajați în a gândi într-un mod abstract despre ei înșiși: "sunt normal"; "de ce m-am comportat în acest mod?"; "ce însemn pentru alții"; "ce sunt în realitate?". Ca o consecință a egocentrismului se comportă în cea mai mare parte a timpului ca și când ar fi la fel de centrali și de importanți în gândurile altora cum sunt pentru ei înșiși. Se cred "buricul pământului", după o expresie populară. Își imaginează că sunt în centrul atenției și interesului fiecăruia și că ceilalți sunt impresionați de ceea ce au bun (de la trăsăturile de caracter până la aspectul fizic, mai ales trăsăturile feței) și critici față de orice defect, indiferent dacă defectele sau calitățile sunt reale sau numai imaginate de ei.

Adolescenții se pot crede "salvatori" care vor fi capabili să rezolve problemele pe care alții nu le-au putut duce la bun sfârșit. Uneori au experiența unor "trăiri unice", în care cred cu adevărat, că sunt unici în întreaga umanitate și că nimeni nu a iubit, nu s-a bucurat, nu a fost atât de profund sau disperat.

De asemenea au tendința să creadă că nu sunt supuși probabilității care afectează pe oamenii obișnuiți și că se pot angaja, fiind în siguranță în utilizarea de droguri, sex și activități periculoase fără a suferi consecințe serioase.

6.2.5. *Dezvoltarea morală*

Sunt foarte atenți la standardele morale ale părinților, profesorilor și adulților în general și mai ales între ce spun și ce fac ("fapte și vorbe") în realitate. Condamnă când este neconcordanță și, în general, încearcă să-și facă propriile standarde morale.

Preadolescenții și adolescenții aparțin stadiilor 3 și 4 după Kohlberg:

Stadiul al 3-lea (concordanță interpersonală). Toți doresc să aibă un comportament conform regulilor și convențiilor "impuse" de comunitate (clasă, grup) și acceptă să se supună legilor generale. Doresc să-i ajute pe cei slabi; își manifestă dragoste, loialitate, recunoștință și respect.

Dintre toate acestea, loialitatea față de grup devine tot mai importantă; minciuna sau înșelătoria în cadrul grupului determină pedepsirea. Alături de grup își dezvoltă tăria de a evita comportamentele antisociale, empatia.

Stadiul al 4-lea – Orientarea spre menținerea legii și ordinii. Sunt de partea legii și autorității pe care le respectă; condamnă pe cei care le încalcă. Uneori însă adolescenții mai mari mint ocazional pentru a-și proteja un prieten. Examinează preceptele morale care intră în conflict cu ale sale, dar le înlătură repede și, de regulă, se asociază cu persoane care au aceleași valori și urmează aceleași reguli. Unii se orientează spre religie pentru a-și dobândi o identitate mai puternică și pentru a dispune de un set de reguli bine delimitate pentru credință și comportament. Alții se încadrează în cluburi sportive, formațiuni de teatru amator sau muzică ușoară etc. Până își formează propriul cod de comportament și filozofie a vieții adoptă reguli externe de conduită (din familie, școală, religie, asociație etc.). Religia poate lua locul autorității familiale și este agreată de grupul de prieteni.

Alături de misterele și austeritățile religiei, adolescenții se simt atrași de frumusețile naturii, muzică și/sau literatură. Aceste preferințe și apropieri îi fac să se îndepărteze de familie și de propria copilărie. Caută și abordează domenii mai vaste cu convingeri și standarde ce pot fi utilizate pentru a-și clădi identitatea nu numai ca membru al propriei familii, dar al unor comunități din ce în ce mai mari (instituții de învățământ, asociații, națiune, ținut, țară) sau chiar ai căror membri se simt și se identifică.

6.3. **Alimentația (școlar mic, adolescent)**[1]

Se știe că hrana influențează hotărâtor dezvoltarea fizică și intelectuală a individului. Carența îndelungată de proteine în copilărie frânează dezvoltarea anumitor potențiale fizice și psihice. Excesul alimentar nu crește capacitatea și randamentul fizic sau intelectual, ci duce doar la formarea unui strat grăsos excesiv, nedorit. Copilul "durduliu" nu este mai sănătos decât unul "slab". Copilul suplu este mai rezistent și suportă îmbolnăvirile, de regulă, mai ușor. Excesul ponderal din copilărie persistă în adolescență și la vârsta adultă. Obezitatea la adult duce la îmbolnăviri și scade durata de viață. Cunoștințele despre alimentația rațională, echilibrată trebuie învățate. De aceea, toți cei care se ocupă de îngrijirea și educația copiilor ar trebui să se familiarizeze cu principiile de bază ale alimentației copiilor. Astfel se poate alcătui o hrană consistentă, gustoasă și cu preț convenabil pentru școlar. Mamele salariate au posibilitatea de a oferi copiilor o alimentație consistentă, introducând în meniu unele preparate industriale sau semipreparate. Odată cu vârsta școlară funcțiile aparatului digestiv și metabolice sunt într-atât maturate, încât pot tolera alimentația adultului. Maturația deplină are loc însă abia la sfârșitul perioadei de școlar. După mese prea copioase sau alimente greu digerabile copilul varsă mai ușor decât adultul.

a) *Comportamentul la masă.* Școlarul mănâncă bine dacă are un program de viață corespunzător, cu asigurarea nevoii de mișcare și dacă i se oferă o hrană variată, prezentată în mod atrăgător. Este important să se respecte orele de masă. Orarul neregulat de masă și mai ales "gustările" dintre mese împiedică dirijarea normală a poftei de mâncare. Masa nu va fi luată în grabă. Școlarul mănâncă cu plăcere, concentrat și liniștit, dacă îi este foame. O condiție pentru a avea poftă de mâncare este să se miște îndeajuns în aer liber și să doarmă cât trebuie.

b) *Mâncători buni și "răi".* Copilul nu trebuie lăudat sau stimulat dacă mănâncă mult, dar nici nu trebuie ademenit cu promisiuni ori amenințat cu pedepse ca să mănânce mai mult, când adulții consideră că nu mănâncă suficient.

Copilul are nevoie să mănânce, dar nu este obligat să mănânce!

[1] Vezi și "Obezitatea" pag. 305-310.

Copilul sănătos știe în general când este sătul. El continuă să mănânce numai dacă este îndemnat sau obligat s-o facă. Consumul de alimente dincolo de saţietate se observă şi atunci când mesele se lungesc prea mult. Acest obicei de a mânca "peste măsură", fixat în copilărie se menţine mai târziu ducând la obezitate la vârsta adultă. Copilul nu trebuie educat să devină mâncăcios. Şcolarul are perioade în care mănâncă prost; nu este un motiv de îngrijorare dacă se simte bine şi este sănătos. Copiii cu ritm accelerat de creştere mănâncă mai mult decât cei care sunt mici pentru vârsta lor. La unele fetiţe aportul alimentar este redus voluntar, în ciuda unui apetit sănătos, din dorinţa de a-şi păstra silueta şi a corespunde "idealului de frumuseţe".

c) *Formarea bunelor deprinderi la masă.* Greşelile de alimentaţie pot fi evitate dacă şcolarul nu este lăsat să mănânce singur, ci ia masa cu familia sau în alt colectiv. Adulţii trebuie să se controleze în gesturi, să dea un exemplu bun şi să aibă grijă să domnească o atmosferă de bună dispoziţie. Dacă un adult va critica tot ce i se oferă la masă, nu va fi de mirare ca şi copilul să-şi însuşească aceeaşi atitudine. Deprinderea bunelor maniere începută încă din prima copilărie, se consolidează şi se fixează în timpul perioadei de şcolar.

• **Nevoile nutriţionale ale copilului mic, preşcolarului, şcolarului şi adolescentului**. Consumul de energie pe kg de greutate corporală şi pe zi scade în cursul copilăriei. Nevoile calorice pentru metabolismul bazal şi pentru creştere sunt în scădere. Pe de altă parte, consumul total de energie pe 24 de ore creşte în cursul copilăriei, odată cu înaintarea în vârstă.

TABELUL 6.4

RECOMANDĂRI PENTRU UN APORT ENERGETIC CORESPUNZĂTOR PENTRU COPILUL MIC ŞI ŞCOLAR (W. DROESE, HELGA STOLLEY)

Vârsta în ani	*Valoarea energetică pe zi în kilocalorii*	*Cifre medii în Joule**
1 – 3	1 000 – 1 400	4 200 – 5 880
4 – 6	1 500 – 1 800	6 300 – 7 560
7 – 9	1 700 – 2 000	7 140 – 8 400
10 – 12 băieţi	2 100 – 2 300	8 820 – 10 080
10 – 12 fete	2 000 – 2 300	8 400 – 9 660
13 – 14 băieţi	2 400 – 2 800	10 080 – 11 760
13 – 14 fete	2 200 – 2 600	9 240 – 10 920

* Conform unor înţelegeri internaţionale se recomandă folosirea unităţii de măsură Joule pentru valoarea energetică 1 Kcal = 4.184 KJ.

Fetele ating maximum de consum energetic (2 200 – 2 400 Kcal pe zi) la vârsta de 14 - 15 ani. La băieţi acest maximum este atins abia la vârsta de adolescent, între 15 şi 18 ani, şi se cifrează la 3 000 – 3 500 kcal/zi. Cifrele calorice pe zi se referă la copiii cu greutate şi talie medii, în condiţii de mişcare normală şi la ritm de creştere corespunzător vârstei. Băieţii mănâncă mai mult încă din perioada de copil mic faţă de fetiţele de aceeaşi vârstă.

Urmărind aportul alimentar la copilul sănătos, se constată variaţii de la o zi la alta. Consumul de energie nu este acelaşi în fiecare zi. Copiii şcolari care au activitate sportivă intensă sau depun o muncă fizică deosebită, consumă mai multă energie.

• **Nevoile de lichide sunt mari**. Apa este un aliment indispensabil, ce are de îndeplinit numeroase funcţii în organism. Apa este necesară pentru creşterea şi regenerarea ţesuturilor. Fără apă organismul nu poate produce urină, care este vehiculul esenţial pentru îndepărtarea unor produşi de degradare (rezultaţi din metabolism) şi a unor săruri. O parte din apa ingerată în cursul unei zile este eliminată sub formă de perspiraţie insensibilă (pe cale respiratorie şi prin piele prin transpiraţie). Cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai mari nevoile de lichide pe kg/greutate corporală. Copilul mic are nevoie de apă, raportat la greutatea corporală de trei ori mai mult decât adultul. Aproximativ jumătate din nevoile de lichide este acoperită prin băuturi. Restul este conţinut în alimente. Aşa-numitele "alimente solide" ca pâinea, carnea, peştele, brânza, ouăle, conţin apă în proporţie de 40-70%. Cartofii, fructele, zarzavaturile conţin apă până la 90%.

• **Substanţele plastice.** Produsele sunt de importanţă vitală ca material de construcţie (plastic) şi aliment (valoare nutritivă). Un gram de proteine furnizează 4,1 calorii. Proporţia de proteine în alimentaţie trebuie să reprezinte 10-12% din aportul energetic. Alimentaţia raţională trebuie să cuprindă cel puţin jumătate din proteine "de înaltă valoare", adică proteine de origine animală (lapte, carne, brânzeturi, peşte, ouă), iar restul sub formă de proteine vegetale (pâine, alte produse din cereale, leguminoase, cartofi şi zarzavaturi). Copilul de 7-9 ani ar primi necesarul de proteine animale, prin 250 ml lapte, 100 g carne sau produse din carne, 20 g brânză uscată sau 40 g brânză de vaci. Conţinutul în proteine din unele alimente obişnuite este redat în tabelul 6.5.

TABELUL 6.5

VALOAREA ENERGETICĂ (ÎN CALORII ŞI JOULE) ŞI CONŢINUTUL ÎN PROTEINE, GRĂSIMI ŞI HIDROCARBONATE (H.C.) ÎN UNELE ALIMENTE UZUALE (LA 100 G) (DUPĂ INSTITUTUL DE CERCETĂRI PENTRU ALIMENTAŢIA COPILULUI, DORTMUND, 1980)

Alimente	*Valoare energetică*[1]	*Proteine*	*Grăsimi*	*H.C.*
Lapte (3,5% grăsimi)	66 (277)	3,4	3,5	5
Lapte normalizat, degresat (1,8%)	50 (210)	3,4	1,8	5
Lapte acru bătut, smântânit	36 (151)	3,5	0,5	4
Iaurt (3,5% grăsimi)	65 (275)	3,7	3,5	4
Brânză fermentată (40-60% grăsimi)	375 (1575)	25,0	27,5	2
Brânză de vaci degresată	82 (344)	17,2	0,6	2
Ouă (1 ou de găină - circa 50 g)	84 (353)	6,4	5,6	0
Unt	775 (3255)	0,7	83,0	1
Margarină	750 (3150)	0,5	80,0	0
Uleiuri din germeni	928 (3898)	0,0	99,8	0
Carne de porc	360 (1512)	15,0	31,0	0
Vacă	201 (844)	19,8	12,0	0
Pasăre	144 (605)	20,6	5,6	0
Ficat	144 (605)	19,7	4,4	4
Şuncă fiartă	193 (811)	19,5	11,0	0
Salam uscat (Sibiu)	531 (2230)	16,0	48,5	0
Cremwurşti	263 (1105)	13,3	21,6	0
Pâine neagră	253 (1063)	6,4	1,0	51
Pâine integrală	246 (1033)	7,4	1,0	48
Pâine albă	270 (1134)	7,5	0,8	54
Pesmet	403 (1693)	9,9	4,3	76
Griş	370 (1554)	10,3	0,8	75
Fulgi de porumb	388 (1630)	7,7	0,6	82
Orez fiert	121 (508)	2,3	0,2	26
Paste făinoase fierte	130 (546)	4,3	1,0	24
Cartofi	85 (357)	2,0	0,2	19
Cartofi prăjiţi	374 (1571)	3,9	23,3	34
Conopidă	28 (187)	2,5	0,3	4
Morcovi	35 (147)	1	0,2	7
Spanac	23 (97)	2,4	0,4	2
Mazăre (conservă)	66 (272)	3,4	0,4	11
Mere, pere	56 (235)	0,4	0,4	13
Piersici	46 (193)	0,7	0.1	10
Banane	90 (378)	1,1	0,2	21
Portocale	54 (227)	1,0	0,2	12
Ciocolată cu lapte	563 (2365)	9,1	32,8	55
Bomboane	376 (1579)	1,0	0,0	94
Îngheţată	205 (861)	3,9	11,7	20
Marmeladă	263 (1105)	0,4	0,0	66

[1] Cifrele din paranteză indică valoarea energetică a alimentelor calculată în Joule.

• **Grăsimile vizibile şi invizibile.** Grăsimile din alimentaţia copilului îndeplinesc numeroase funcţii. Grăsimile cu valoare biologică ridicată sunt cele care conţin acizi graşi esenţiali polinesaturaţi (mai ales acid linoleic) şi vitaminele A, D, E şi K. Ele sunt uşor de digerat. Printre grăsimile cu mare valoare biologică se numără: untul, margarina, uleiurile vegetale şi slănina. În alimentaţia copilului, aceste grăsimi se folosesc preferenţial pentru gătit sau pentru tartine. Alte grăsimi ca untura, seul vor constitui o parte mică.

Din toate principiile nutritive grăsimile furnizează cea mai multă energie. Un gram de grăsimi furnizează 9,3 kcalorii. Prin adăugarea de grăsimi la alimente se poate acoperi o mare parte de nevoi nutritive în cantitate mică de aliment. Grăsimile sunt digerate mai încet decât proteinele şi hidrocarbonatele şi, de aceea, conferă mâncării o saţietate mai mare. Adăugarea unor cantităţi mici de grăsime fac mâncarea mai gustoasă.

Tabelul arată că, practic, toate alimentele conţin grăsimi. În majoritatea lor, grăsimile nu sunt însă vizibile ("grăsimi invizibile") spre deosebire de cele "vizibile" din unt, margarină, ulei, slănină, untură şi seu. În alimentaţia noastră obişnuită, grăsimile vizibile şi invizibile se află în proporţie de 40:60. Într-o alimentaţie echilibrată a copilului, 35-40% din calorii trebuie să fie furnizate de grăsimi. Nu este de dorit o cantitate mai mare. Obiceiurile culinare din unele familii ascund primejdia de a oferi copiilor o cantitate excesivă de grăsimi, ce duce la depozitarea lor. Tartinele cu unt şi cu brânză (salam sau şuncă) oferite uneori de 2 ori pe zi duc la depăşirea necesarului de grăsimi. De aceea, ungerea pâinii cu unt şi gătitul cu grăsimi trebuie făcute cu moderaţie.

• **Hidraţii de carbon** sunt sursă principală de energie. Alimentaţia copilului fără un aport suficient de hidrocarbonate este imposibilă chiar pentru foarte scurt timp. Dintre toate principiile nutritive hidrocarbonatele sunt cel mai uşor digerate şi cel mai rapid transformate în energie. Copiii, cu metabolismul lor alert şi cu mobilitatea lor caracteristică vârstei, necesită cel puţin 50% din aportul nutritiv sub formă de hidrocarbonate. Un gram de hidrocarbonate furnizează 4,1 kcalorii.

Alimentele bogate în hidrocarbonate cu valoare nutritivă mare sunt: pâinea integrală, pâinea neagră, produsele de cereale (fulgi, "făină instant"), cartofii, leguminoasele şi fructele. Aceste alimente acoperă de asemenea nevoile de vitamina B_1, vitaminele din

complexul B, vitamina C. Ele mai conţin şi alte principii importante ca: proteine, calciu, fosfor, fier şi aşa-numitele "fibre" sau substanţe de lest (celuloză, proteine), necesare pentru peristaltismul intestinal normal. Mama va avea grijă ca în funcţie de sezon să ofere zilnic alimente ce conţin hidrocarbonate, bogate în vitamina C şi fibre alimentare. Astfel:

primăvara: salată, ceapă şi usturoi verde, ridichi, spanac, urzici, lobodă, cireşe şi banane;

vara: morcovi, tomate, ardei gras, mazăre verde, fasole păstăi, cartofi, căpşuni, piersici, coacăze, vişine, caise, zmeură, afine, pepeni, castraveţi;

toamna: mere, pere, gutui, prune, cartofi, morcovi, conopidă, struguri, ţelină, varză, gogoşari, vinete etc.;

iarna: cartofi, morcovi, mere, pere, banane, sfeclă, praz, ceapă, varză, ridichi, lămâi, portocale.

Pâinea albă, aluaturile, prăjiturile, zahărul, mierea, marmeladele, bomboanele, înghetata, precum şi alte dulciuri sunt considerate alimente cu valoare biologică mai puţin importantă. Ele conţin vitamine puţine sau deloc şi sunt sărace în fibre şi alte substanţe asociate. Ele vor acoperi numai o mică parte din nevoile de hidrocarbonate.

Vor fi evitate dulciurile şi prăjiturile de cofetărie între mese. Ele strică pofta de mâncare şi predispune la carii dentare. Îndeosebi sunt periculoase pentru dinţi: mierea de albine, toate dulciurile lipicioase (caramele, nuga, alviţă etc.), bomboanele, rahatul şi "bomboana" dată la culcare. Dulciurile şi cofeturile pot fi oferite în cantitate mică după mesele principale. Stomatologii recomandă după consumarea de dulciuri, spălarea riguroasă a dinţilor.

• **Sărurile minerale şi oligoelementele** sunt indispensabile. Creşterea copilului se face corespunzător numai dacă alimentele cuprind în cantitate suficientă săruri minerale şi oligoelemente (minerale în cantitate foarte mică). O alimentaţie variată şi raţională conţine aceste elemente şi nu este necesară suplimentarea la copilul sănătos.

a) Natriul *(sodiu)*. Sursa principală este sarea de bucătărie. Aceasta este conţinută în cantitate suficientă în unele alimente preparate ca pâinea, mezelurile, telemeaua, caşcavalul, produsele de carne sau conservele de peşte. Nu este necesar adaosul de sare la mâncăruri. De obicei, în bucătăria noastră se sărează excesiv. Este mult mai recomandabil să se condimenteze şi să se asezoneze mâncărurile cu verdeţuri variate (pătrunjel, mărar, cimbru etc.).

b) Calciul. Conţinutul în calciu al alimentaţiei este determinat în primul rând de consumul de lapte. 1/2 litru de lapte (integral, degresat, iaurt) pe zi, băut simplu sau folosit la gătit acoperă cu certitudine nevoia de calciu la copilul mic şi şcolar. La cei care primesc prea puţin lapte se va da şi brânză.

c) Fosforul. Alimentaţia cu un conţinut optim de proteine şi calciu acoperă sigur şi nevoile de fosfor.

d) Fierul este necesar pentru sinteza hemoglobinei. Fără fier se ajunge sigur la anemie. Alimentele care au un conţinut bogat în fier sunt: viscerele (ficatul, rinichiul), carnea, peştele, gălbenuşul de ou, preparatele din carne, fulgii de ovăz, leguminoasele, spanacul şi piersicile. O alimentaţie variată asigură cel mai bine prevenirea deficitului de fier şi anemia.

• **Vitaminele.** Alimentaţia complexă, variată conţine toate vitaminele în cantitate corespunzătoare, în afară de vitamina D. Nu este bine să se administreze suplimentar preparate vitaminice, fără recomandarea medicului.

a) *Vitamina A* (retinol şi caroten) se găseşte în alimente sub două forme diferite. În alimentele de origine animală se găseşte predominant sub formă de vitamină A direct utilizabilă (retinol). Alimentele cu conţinut ridicat în retinol sunt: ficatul, untul, margarina şi gălbenuşul de ou. În cele de origine vegetală se găsesc carotenii care sunt precursorii vitaminei A. Aceştia sunt mai valoroşi din punct de vedere biologic şi se absorb mai puţin bine din intestin. Purtătorii de caroten sunt: morcovul, spanacul, fasolea verde, varza crudă, varza de Bruxelles, ardeiul, andivele, salata verde, pătrunjelul, caisele, mandarinele şi piersicile.

b) *Vitamina* B_1 (tiamina). Alimentaţia bogată în hidrocarbonate şi săracă în grăsimi solicită mai mult vitamina B_1 decât cea cu grăsimi multe. Dintre alimentele cu conţinut bogat în vitamină B_1: carnea de porc, şunca, slănina cu carne, ficatul, rinichii, produsele de cereale (făina integrală, făina intermediară, fulgii de ovăz) şi leguminoasele.

c) *Vitamina* B_2 (riboflavina). Necesarul este acoperit prin lapte, brânză de vaci, telemea şi mai puţin prin carne şi pâine.

d) *Vitamina C* (acidul ascorbic) se găseşte în fructe, zarzavaturi, cartofi. Au un conţinut bogat în vitamina C: coacăzele, căpşunile, citricele, ardeiul, varza. Copiii care mănâncă fructe proaspete sunt mai bine asiguraţi cu vitamina C decât cei care primesc vitamină C din cartofi şi zarzavaturi, deoarece menţinerea vita-

minei C în acestea depinde în mare măsură de păstrare și preparare. Ofilirea, spălarea prelungită și fierberea scad simțitor conținutul în vitamină C.

e) *Vitamina D* (calciferolul). Organismul în creștere are nevoie de vitamină D pentru structura osoasă. O parte din vitamina D este sintetizată în piele sub influența radiațiilor ultraviolete solare. Purtătorii principali de vitamina D sunt: untura de pește, heringii, gălbenușul, frișca, ficatul, untul și margarina; nici unul dintre acestea nu asigură nevoile copilului. Preparatele cu vitamina D vor fi administrate numai la recomandarea medicului.

6.4. Îngrijiri

Autoîngrijirea și igiena. Încă din perioada de preșcolar, este bine ca orice copil să dobândească obișnuința și abilitatea de a se deprinde să facă singur următoarele: mâncat, îmbrăcat, încălțat, folosirea latrinei, spălatul mâinilor și dinților, pregătirea ghiozdanului. Deveniți școlari, sunt doritori să se îngrijească și să păstreze regulile de igienă singur. Școala poate sprijini educația sanitară. Procesul este gradual și la el contribuie părinții, profesorii și copiii. Pe lângă deprinderile însușite în perioada de preșcolar se mai instalează următoarele obiceiuri de bază: baia generală (duș, cadă) sau parțială zilnică, spălarea părului (1-2 ori pe săptămână), utilizarea zilnică a pieptenului și a periei personale, pregătirea alimentației (tartine pentru școală, încălzirea mâncării), folosirea mijloacelor de încălzire (aragaz, cuptor, microunde) și de refrigerare (frigider, congelator), exercițiul fizic și odihna alternativă din fiecare zi. Atât pe preadolescent cât și pe adolescent aceste deprinderi îl vor feri de restrângerea de grup. Mai ales la adolescenți mirosul urât al transpirației, al nespălării în general și al dinților în special îi pun pe respectivii în situații penibile.

Insistăm pentru menținerea în continuare a deprinderii ca la orice vârstă să se facă baia generală (duș sau cadă) sau parțială (față, gât, bust, axile, mâini și picioare) zilnic, unghiile se taie de două ori pe săptămână (rotund la mâini, drept la picioare). Deodorantele se vor folosi cât mai rar.

Îngrijirea dinților constituie o problemă de sănătate, prevalentă în timpul anilor de școală. În Statele Unite 95% din școlari sunt afectați de carii dentare.

Părinții sunt datori să învețe pe copii să perieze dinții și să clătească gura de cel puțin două ori pe zi. Să folosească pastă de dinți cu fluor, modificând din când în când produsele comerciale, indiferent de reclame. Spălarea pe dinți trebuie să se facă imediat după mâncat. Se vor evita dulciurile și în special bomboanele lipicioase (caramele, alviță etc.). Din 6 în 6 luni este necesar control dentar de specialitate. La cei care prezintă vicii de implantare, conformație etc. este necesar să se poarte un aparat pentru corectarea anomaliilor.

Hiperhidroza. Prin acest termen se înțelege transpirația excesivă a mâinilor, picioarelor și a axilelor. Este foarte neplăcută. Se întâlnește mai ales la copiii nervoși și emotivi. Zonele respective se pudrează cu talc. În fiecare seară se fac băi generale sau dușuri. Nu se va folosi încălțăminte cu talpă de cauciuc, încălțăminte de cauciuc, ciorapii și tricourile de nylon. Vara, se poartă încălțăminte ușoară (sandale cu barete, pantofi din împletituri etc.).

• **Părul.** Cele spuse la preșcolar sunt valabile și la școlar sau adolescent. Pubertatea este vârsta critică pentru păr. După vârsta de 10 ani grija pentru păr trebuie dublată. La mulți școlari pe pielea capului apar mătreața și cruste seboreice (coji gălbui). Se vor folosi produse de șampon "împotriva mătreței". După șampon se limpezește cu apă simplă din abundență. Este interzis să se folosească apa de colonie, loțiuni alcoolice. Atât băieții, cât mai ales fetele vor fi deprinși să perie, pieptene și eventual să maseze părul în fiecare seară, eventual cu o loțiune specială recomandată de un dermatolog. În alimentația copilului trebuie să se găsească zilnic ulei de porumb sau de floarea-soarelui, care conțin vitamina F, a cărei absență provoacă uneori căderea părului și dermatoze.

• **Ochii.** Iluminatul va fi dozat pentru a nu obosi ochii: patul va fi astfel orientat ca lumina să nu bată în ochi. La copiii nervoși iluminatul nu va fi violent. Nu se folosește iluminatul cu neon. Se alege o lampă de lucru cu picior mobil, care va fi orientată în direcția dorită. Când își face temele se va folosi ca sursă

luminoasă un bec de 100 Waţi, la 40 cm depărtare de carte, în stânga (dacă scrie cu mâna dreaptă). Pe masa de noapte se plasează o lampă mică cu abat-jour. *Televizorul* obosește ochii. De aceea, copiii nu vor fi lăsaţi să stea în zilele de sărbătoare tot timpul în faţa televizorului. Când este autorizat să urmărească anumite transmisiuni, copilul va fi plasat la cel puţin 2-3 m de aparat iar într-un colţ al camerei, în spatele copilului se va plasa o mică lampă aprinsă. Copiii care suferă de tulburări de vedere vor fi obligaţi să poarte ochelari cu lentile corectoare. Pentru a preveni miopia (vede prost la distanţă), se va asigura un bun iluminat în camera de lucru, iar copilul nu va citi cu cărţile prea apropiate de ochi şi nu va sta mult la televizor.

• **Poziţiile incorecte.** Pentru a lupta împotriva acestor atitudini pe care le iau aproape toţi copiii de îndată ce ating vârsta şcolară sau adolescenţa este necesar să se aleagă o saltea bună, care să fie umplută uniform şi să fie tare. Este de preferat o somieră cu arcuri tari sau saltea Relaxa. Nu se folosesc perne mari şi moi. Copilul va fi învăţat cum să se aşeze la masa de lucru: scaunul trebuie să fie aproape de masă. Pieptul copilului nu trebuie să fie în contact cu ea, iar spatele trebuie să fie drept. Se va explica şcolarului că este bine să evite să încrucişeze picioarele sau să citească cu nasul în carte. La şcolarul mic este obligatoriu purtarea ghiozdanului pe spate; este periculos ca un copil să ducă ghiozdanul agăţat de acelaşi umăr sau purtat cu aceeaşi mână (se produce scolioza, o curbură laterală a coloanei vertebrale).

• **Sânii ("pieptul") fetiţelor.** Trebuie vegheat foarte devreme la formarea unui piept frumos. După vârsta de 10 ani eleva va fi învăţată cum să-şi îngrijească sânii care încep să se dezvolte: *a)* în fiecare zi, după baie sau duş, sânii vor fi stropiţi cu un burete mare îmbibat cu apă rece sau, mai bine, cu jetul de apă de la duş. Apa rece măreşte tonusul, fortifică ţesuturile şi stimulează circulaţia sângelui; *b)* va purta în mod obligatoriu (chiar dacă pieptul nu este complet format) în fiecare zi un sutien cu bretele elastice; sutienul va avea cupa de mărime adecvată şi va fi bine strâns la spate fără a împiedica respiraţia. Portul sutienului este deosebit de necesar în timpul exerciţiilor fizice, deoarece sânii nu sunt susţinuţi de muşchii proprii.

Dezvoltarea sânilor poate surveni foarte târziu: nu este nimic alarmant. Nataţia şi exerciţiile respiratorii favorizează această dezvoltare. Din contră, dacă sânii păstrează aspectul juvenil şi după pubertate, se va consulta un endocrinolog. Dacă, în momentul în care se instalează menstruaţia, sânii se umflă anormal de mult şi cu o mare rapiditate, se va consulta un ginecolog sau un endocrinolog.

Dimpotrivă, la unele fete sânii încep să se dezvolte devreme (8-10 ani) vertiginos. Uneori creşterea poate surveni unilateral sau inegal (unul din sâni este mai voluminos). La unele fete creşterea sânilor se însoţeşte de senzaţii neplăcute (spasm, dureri) şi/sau roşeaţă. Sunt manifestări anormale.

Nu rareori, elevele (preocupate de siluetă) îşi impun, din proprie iniţiativă, regimuri dietetice foarte severe; acestea sunt deosebit de dăunătoare pentru sănătate, iar unul din efectele secundare este "prăbuşirea" sânilor, prin dispariţia stratului de grăsime care-i susţinea.

Examene medicale. La şcoală se fac examene medicale periodice (examene de bilanţ) cu scopul de a supraveghea creşterea copilului (măsurări, cântăriri) şi de a depista eventuale anomalii. Se urmăreşte efectuarea la timp a vaccinărilor. Atât în perioada de şcolar mic (I-IV clase) cât şi în cea de adolescent sunt necesare consultaţiile medicului de familie în vederea urmăririi normalităţii sănătăţii în general, dezvoltării fizice şi psihomotorii şi depistării unor anomalii (deformări osoase, obezitate, acnee, anemii, tulburări de comportament etc.).

6.5. **Aer, soare şi sport**

• La vârsta şcolară nu permiteţi copilului de a-şi petrece sărbătorile şi timpul liber între masa de lucru şi televizor. Organizaţi lucrul în aşa fel ca temele şi lecţiile să nu ia mult timp. La nevoie, dacă observaţi că "nu reuşeşte", consultaţi-vă cu medicul şi găsiţi o soluţie. Se spune că cei tari la gimnastică nu sunt în mod obligatoriu genii, opinie total greşită. Nici cei tari la teme, palizi şi plăpânzi, primii în clasa lor, nu vor fi negreşit cei care vor reuşi în mod strălucit în viaţă!

Medicii constată că salturile în talie se fac în vară sau după o vacanță petrecută la munte, chiar în lunile de iarnă. Sportul, alimentația, soarele și razele ultraviolete au un rol important. Aerul, lumina și soarele sunt de neînlocuit.

a) Este necesară o bună respirație. Este indispensabil ca un copil să învețe să respire bine. Desigur respirația este un act automat, dar se poate perfecționa treptat prin exerciții. Copilul care respiră prost are umerii înguști, toracele strâmt, gura deschisă, fața palidă și este nervos. Copilul care respiră bine este calm, are pieptul și umerii largi, iar fața este rumenă. Învățând pe copil să respire pe nas, se evită o mare parte din guturaiuri, angine, "gripe" și alte boli ale nasului și gâtului. Când un copil respiră pe gură aerul rece, umed sau uscat intră cu brutalitate și pătrunde direct în plămâni. Când este inspirat prin nas este asanat, uscat sau umidificat, încălzit sau răcorit și debarasat de praf care este reținut de firișoarele de păr ale nasului.

Copilul respiră rău fie dintr-o obișnuință fie din alte cauze ca: vegetații adenoide, amigdale infectate, deviație de sept nazal, alergii, anomalii ale dinților și/ sau maxilarelor.

Copilul se ofilește când este privat de aer, de soare, de mișcare, condamnat să stea închis în casă, la o viață sedentară. El trebuie desprins să iubească aerul, apa, mișcarea, eforturile, exercițiile fizice. Insuficiența respiratorie este considerată ca o "boală profesională a școlarului". Această boală atinge 80% dintre ei. Pentru prevenire se recomandă:

– *"Să ia aer"!* În fiecare zi, la ieșirea din clasă este bine ca elevul să meargă puțin pe jos. Aceasta valorează de 10 ori mai mult decât dacă folosește autobuzul; școlarul are nevoie de cel puțin 1/4 de oră de destindere după imobilitatea din clasă cu aer poluat.

– *Porția de aer "săptămânală"*. Dacă la școală orele de educație fizică se fac în aer liber, nu trebuie "scutit" sub nici un pretext. Cocoloșind copilul prea mult, nu-i facem un serviciu – el va deveni mai răsfățat și mai fragil. Dacă școala nu a prevăzut ceva, părinții (de recomandat tatăl) vor face cel puțin o dată pe săptămână împreună cu el o plimbare mai lungă. Drumeția prin pădure, contactul cu natura sunt adevărate cure de relaxare și de înfrumusețare.

În vacanță, cât mai mult în aer liber. Dacă părinții nu pot să plece cu copilul, ei nu trebuie să ezite să-l trimită în tabere de vacanță sau într-o gospodărie rurală, la rude sau prieteni, atât vara, cât și iarna.

– *Se alege un sport* care-i educă respirația. Dacă școlarul are dificultăți respiratorii, părinții se vor consulta cu medicul și cu profesorul de educație fizică.

– *Băile de aer*. Se știe că pielea este și un organ de respirație. Prin miile de pori ea absoarbe aerul și elimină otrăvuri. Pentru ca pielea să respire, un copil nu trebuie înfofolit. Baia de aer este tot așa de binefăcătoare, ca și baia de soare sau baia în apă. Vara, trebuie îmbrăcat cât mai sumar; pielea va fi lăsată cât mai mult posibil în contact cu aerul. Purtarea de pantaloni lungi de băieți și mai ales de fete este o greșeală. În timpul iernii se va purta îmbrăcăminte largă, care lasă să circule aerul.

– *Repausul*. Activitatea școlară nu trebuie să se facă pe seama timpului de stat în pat. Orele de somn trebuie respectate cu strictețe. Nu este permis ca un copil să se culce târziu din cauza lecțiilor, televizorului sau unor seri încărcate ale familiei. Până la 10 ani copilul are nevoie de cel puțin 10 ore de somn de noapte. Nu se va încălca această recomandație!

– *Nevoia de mișcare*. Cât mai multă mișcare afară din casă! Copiii au nevoie de activitate fizică: să participe la "treburile" gospodăriei, să alerge, să sară, să se cațere. Nu trebuie să trăiască închiși în casă. Cum își termină temele, vor fi "scoși" afară să se joace într-o curte și chiar pe o stradă sau pe alee, chiar dacă acestea ar contraria dorința legitimă de ordine și curățenie a unor locatari. Din nenorocire în orașele mari spațiile de joc sunt tot mai limitate, iar strada reprezintă un loc unde pot surveni multe accidente.

• **Sportul.** Toți părinții știu astăzi că sportul este bun pentru sănătate și mai ales că este indispensabil dezvoltării armonioase a copilului.

a) Un copil sportiv este mai sănătos. Exercițiile fizice îl fac să transpire abundent, favorizând și accelerând eliminarea toxinelor care otrăvesc organismul. El are, de asemenea, o influență favorabilă asupra oxigenării globulelor roșii, circulației sângelui și digestiei. Un copil sportiv crește mai bine – el are poftă de mâncare, asimilează mai bine alimentele.

b) Un copil sportiv este mai echilibrat fizic (mușchi puternici, articulații suple, spate drept, abdomen plat, talie mai subțire, mișcări mai grațioase, reflexe mai bune) și **psihic** (nervi stăpâniți, echilibrat, competitiv).

c) Se alege sportul care convine copilului. Nu avem intenția de a spune multe despre sport neavând nici spațiu și nici priceperea necesară. Pediatrul de familie, medicul școlar, medicul sportiv și profesorul

de educație fizică sunt cei care stabilesc dacă un copil este apt pentru a practica un anumit sport; pentru cei la care se impun exerciții pentru recuperare a unor defecte neuromotorii, indicațiile se fac în colaborare cu neuropsihiatrul și medicul specialist de cultură fizică și medicală. De la 6 la 11 ani este vârsta de înflorire a posibilităților fizice ale copilului. Scopul exercițiilor fizice nu este de a-l face să dobândească forță, ci de a-i dezvolta "tonusul de susținere", adică de a-i căli o musculatură capabilă să-i susțină scheletul și de a-i ajuta dezvoltarea armonioasă a scheletului. Sportul este cel mai bun mijloc de a lupta împotriva prejudiciilor vieții școlare, îndeosebi contra deformării coloanei vertebrale, care constituie o boală profesională a școlarului.

d) Trebuie evitată specializarea timpurie. Nu se face un singur sport, deoarece se favorizează dezvoltarea unora din părțile corpului în detrimentul altora. Nu trebuie lăsat orice copil să se consacre competiției. Un sport, oricât ar fi de binefăcător, practicat până la exces la această vârstă în plină creștere, este contrar dezvoltării armonioase. Numai în cazurile cu totul excepționale, se admite pentru unele individualități (cu vocație și cu rezistență deosebită fizică și psihică) antrenament intensiv de competiție.

e) În general, se interzic exercițiile de forță. Practicate prea regulat, ele dezvoltă intens musculatura. Mușchii supradezvoltați, în loc de a favoriza creșterea, o încetinesc: nu mai sunt extensibili pentru a o însoți impulsul de lungire a oaselor, o frânează și pot chiar s-o blocheze. De aceea, trebuie proscrise halterele și tot ce riscă să facă să lucreze mușchii în forță sau numai anumite grupe de mușchi. Apare riscul de a face din astfel de copii mici ființe scunde, robuste, prea musculoase.

f) Copilul trebuie să se odihnească suficient. Activitățile școlare sunt deja acaparante. Nu trebuie supraîncărcat cu activități extrașcolare. Un singur sport, dar bine ales, este suficient. Orele de sport nu trebuie să antreneze o oboseală excesivă, din cauza unor orare prea încărcate sau eforturi inutile. Înainte de practicarea unui sport, trebuie consultat medicul. Unele sporturi, excelente pentru copiii sănătoși, pot fi cu totul contraindicate în caz de afecțiuni ale inimii, plămânilor, ficatului, rinichilor sau ale coloanei vertebrale.

• **Atletismul.** Dezvoltă cutia toracică și favorizează o bună respirație, permițând organismului să se oxigeneze din plin. Este exercițiul de preparare ideală a tuturor sporturilor. Dezvoltă suplețea și rezistența. Echilibrează sistemul nervos. Face să lucreze armonios toți mușchii corpului. Contrar a ceea ce-și închipuie unii părinți, atletismul convine perfect fetelor, cărora le dă suplețe și siluetă elegantă. Cursele de alergare constituie un foarte bun exercițiu pentru respirație, circulație, toți mușchii corpului și reprezintă unul din cei mai buni stimulanți ai creșterii.

• **Aruncarea** dezvoltă îndemânarea, concentrarea și detenta. Pentru fete lansarea greutății nu se recomandă încă la această vârstă, fiind necesare gesturi prea virile. În schimb aruncarea discului le convine perfect.

• **Săritura** dezvoltă detenta; contribuie la formarea de mușchi fini și lungi, călește gleznele și fortifică articulațiile gambelor.

• **Natația** se recomandă atât la băieți cât și la fete. Dintre toate sporturile înotul este cel mai complet. Are marele inconvenient că se practică în cea mai mare parte a anului în interior. Trebuie completat cu o activitate în aer liber. Dă o capacitate respiratorie excepțională, redresează spatele și întărește musculatura care susține coloana vertebrală. Stilurile de înot "bras" și "spate" sunt exerciții excelente pentru corectarea unor deformări ale spatelui. Din contră, stilul craul (*crowl*) -- mișcarea picioarelor se face în alt ritm decât acela al brațelor, capul rămânând cât mai mult sub apă, nu este recomandat. Natația favorizează creșterea în lungime și extensia mușchilor. La fetițele cu gambe roșii și articulații butucănoase, "bătaia" repetată a picioarelor în apă este deosebit de utilă. La băieți, înotul lărgește umerii, la fetițe favorizează formarea unui bust frumos și îngustează șoldurile. Printre părinți există o teamă de microbii din apa piscinelor. Sunt puține riscuri, deoarece apa este supravegheată și verificată. Singura primejdie este din partea dezinfectantelor la copiii cu ochii sensibili: la aceștia se recomandă să poarte ochelari etanși speciali.

• **Patinajul** și **schiul** sunt sporturi de iarnă care se practică chiar de la 3-4 ani. Din păcate schiul se practică numai la munte necesitând deplasare și cheltuieli împovărătoare.

• **Bicicleta.** Până la 8 ani exercițiile cicliste trebuie să se mărginească la ocoluri în grădini, parcuri sau pe trotuarele străzilor din jurul casei. De la 8 la 9 ani copilul poate fi lăsat să facă plimbări mai lungi. Deabia spre 12 ani sunt permise circuite mai lungi (peste 10 km). Bicicleta este un sport cu două tăișuri. Practicat

ca joc este perfect. Ciclismul dă rezistență și constituie o gimnastică ideală pentru gambe și coapse (inclusiv articulațiile de la șolduri, genunchi și glezne). Dar practicat ca sport de performanță are și inconveniente: dezvoltă excesiv gambele în detrimentul restului corpului, ajungând până la frânarea creșterii. Mușchii abdomenului nu lucrează deloc, toracele nu se dezvoltă, iar capacitatea respiratorie nu se mărește. Nu se recomandă la copiii cu unele devieri ale coloanei vertebrale.

• **Fotbalul** se recomandă de la 12 ani la băieți. Toți băieții de 6-7 ani se amuză bătând cu piciorul într-o minge, ei numesc asta "fotbal". Acest gen de jocuri care-i fac să alerge, să respire și să cheltuiască energie este excelent pentru copii și nu trebuie să fie interzis.

În ceea ce privește veritabilul antrenament la fotbal, se cere prudență. Acest sport dezvoltă mai mult partea de jos a corpului pe seama părții superioare. În jocul de fotbal se aleargă, dar sprinturile cu opriri bruște, în opoziție cu cursa atletică, dezvoltă mușchii mai mult în forță decât în elongație. Un copil care joacă prea mult fotbal va avea coapse peste măsură de mușchiuloase, ceea ce nu este favorabil alungirii membrelor inferioare (ca și la ciclism).

• **Jocurile cu balonul** (volei, handbal, baschet). La ambele sexe, voleiul se începe relativ devreme: pentru baschet vârsta minimă este de 9 ani. Ultimul trebuie practicat cu moderație, deoarece solicită mult funcțiile cardiovasculare. Aceste sporturi sunt deosebit de utile pentru băieți și fete între 12 și 16 ani. Sunt sporturi de elongație, făcând să lucreze toți mușchii corpului pe care îi dezvoltă în lungime. Sunt exerciții excelente pentru mușchii spatelui și dau o bună susținere a coloanei vertebrale. Favorizează o siluetă zveltă și elegantă. Cultivă îndemânarea și rapiditatea reflexelor. Dezvoltă spiritul de echipă. Stimulează creșterea. Sunt admirabile pentru fetițe: le vor forma un bust frumos, umeri armonioși, coapse subțiri, glezne și gambe fine.

• **Canotajul** se recomandă la fete și băieți, începând de la vârsta de 14 ani. Dacă se folosește un scaun pe rotile (schif), canotajul este un sport complet la care participă toți mușchii corpului (brațe, abdomen, spate, gambe), ceea ce duce la o dezvoltare armonioasă. Canotajul fortifică musculatura membrelor, mărește elasticitatea articulațiilor și este, mai ales, un exercițiu foarte bun de disciplină respiratorie.

• **Judo**. Se recomandă începând de la 7 ani. În ultimul timp a devenit un sport la modă. Este practicat mai ales de către băieți, dar nu prezintă nici o contraindicație pentru fete. Contribuie la echilibrarea fizică și nervoasă. Dezvoltă ușurința și siguranța în gesturi. Constituie o școală excelentă de disciplină și de stăpânire de sine. Poate da încredere timizilor și calmează pe bătăuși. Este interzis în caz de boli sau slăbiciune a coloanei vertebrale. Are inconvenientul că la copiii cu piele sensibilă sau cu vase mai friabile produce vânătăi din cauza căderilor ce survin în timpul jocului.

• **Tenisul** are inconvenientul de a fi unilateral. Ameliorează detenta, mlădiază articulațiile. Dezvoltă o jumătate din corp mai mult decât pe cealaltă. Trebuie practicate concomitent și exerciții compensatoare care fac să lucreze brațul stâng (pentru un jucător care lucrează cu dreapta), deoarece implică riscul de a se dezvolta o scolioză dorsală dreaptă. În caz că se începe mai devreme se va face cu prudență, cu control medical susținut.

• **Gimnastica** se recomandă la fete și băieți de 6-8 ani. Nu trebuie confundată cu simpla cultură fizică. Este un sport complet care duce la o stăpânire a corpului aproape perfectă. Dezvoltă la maximum suplețea și agilitatea.

Pentru fete este deosebit de recomandat: este unul din sporturile care creează cele mai frumoase tipuri de sportive. Această disciplină sportivă dă grație, eleganță, siguranța gesturilor. De la jocurile olimpice, în general, și după succesele gimnastelor noastre, este o tentație mare pentru unii părinți de a încerca să facă din fetele lor gimnaste de performanță. Ca pentru orice sport, în general, și pentru gimnastică în special, alegerea se va face de către specialiști, cu discernământ, pe baza unei selecționări care să țină seama de talentele fizicopsihice și de starea de sănătate a copilului. Trebuie amintit că gimnastica prezintă inconvenientul (singurul de altfel) că se practică în cea mai mare parte în sală, deci fără aerisire suficientă. De aceea trebuie completată cu un sport în aer liber și cu vacanțe petrecute în climat alpin și marin.

• **Dansul**. Este un sport care se începe foarte devreme, în jur de 3 ani pentru dansul ritmic și la 6-7 ani pentru dansul clasic. Dansul clasic dă încredere în sine, siguranță, stăpânire de sine, grație și eleganță. Constituie una din cele mai bune școli de răbdare. Dansul clasic învață pe copil să-și cunoască forța fizică și duce la o musculatură tip fus. Este deosebit de util pentru fetițele complexate, nervoase, timide, permițându-se să evolueze favorabil, să se exteriorizeze și să dobândească încredere. De asemenea, este bun pentru băieții și fetele care se încadrează mai greu într-un grup

social și pentru cei care sunt mai puțin înzestrați fizic, dându-le suplețe, grație, ușurință și un minimum de cochetărie.

Totuși dansul poate fi vătămător dacă nu este practicat sub îndrumarea unui profesor serios și competent. Se alege dansul care se potrivește fiecărui copil. Riscurile antrenate de o rea inițiere sunt grave: dezvoltarea copilului poate fi perturbată. Devierile gambelor sau ale coloanei vertebrale sunt de temut. Nu se va căuta să se obțină, cu orice preț și foarte repede, rezultate spectaculare.

În concluzie, reamintim că înainte de a se practica un sport, indiferent de vârstă, copilul trebuie consultat de un medic care să-și dea avizul. Vârstele de la care se recomandă un anumit sport sunt numai orientative și valabile pentru copii obișnuiți. Pentru sportul de performanță selecția este făcută de profesorii de educație fizică iar avizul medical îl dau medicii specialiști în medicina sportivă care pe lângă examenul clinic supun copilul unor investigații paraclinice cu aparatură specială cu care depistează orice anomalie precum și capacitatea de efort a copiilor talentați, selecționați de antrenori.

În general, medicii sunt reținuți în deciziile pe care le dau în ceea ce privește vârsta și probele la care poate fi supus un copil înainte de 10-12 ani.

6.6. **Sexualitatea la copil**

• Una din trăsăturile de bază ale omului (ca și la toate animalele bisexuate) este atracția și unirea celor două sexe, care se manifestă printr-un comportament cu o gamă întreagă de pregătiri afective, lingvistice și sociale. Alteori se ajunge la actul sexual în mod brutal și instinctiv, fără reflecții. Indiferent de modalitate, rezultatul se concretizează cu zămislirea unei noi ființe umane, și dacă nu intervin boli sau măsuri anticoncepționale, în venirea pe lume a unui nou individ.

• **Comportamentul sexual al copilului.** Alfred Kinsey (1894-1956) biolog și statistician american a demonstrat[1] că se pot introduce metode științifice în probleme care par rezervate moraliștilor. Încă din prima copilărie (0+3 ani) se constată erecții la atingerea organelor sexuale, mai ușor de reperat la sexul masculin. După statistica lui Kinsey 31% din indivizi au prezentat orgasme înainte de vârsta de 12 luni 50% înainte de 7 ani. Așadar părinții care constată la copiii lor erecții (rare sau frecvente) trebuie să fie convinși că acestea constituie un fenomen normal.

a) *Masturbația infantilă.* Cuvântul masturbație[2] provine de la manu și de la stapro (a deflora cu mâna); sau de la manu și turbare (a tulbura cu mâna); sau prin rădăcini grecești, de la mazdo (membru viril) și turba (tulbure). Masturbarea (oricare ar fi etimologia) poate fi definită ca o autostimulare voluntară manuală care produce o excitație erotică. Orgasmul[3] produs printr-o autoexcitație ocazională nu intră, în sensul precis al cuvântului, în cadrul masturbației. Esențial este autostimularea voluntară a organelor sexuale: cu mâna sau câteodată, la fetițe, prin contracții musculare, prin strângerea și frecarea coapselor. Masturbarea la copil era apreciată până de curând ca semn de debilitate mintală sau de boli mintale severe. Chiar unii medici speriau familiile că un copil care se masturbează este ori anormal, ori va "înnebuni". Adevărul este că în toate grupele etnice umane, masturbarea ocazională, rară, apare ca naturală, fiziologică și poate fi acceptată ca atare. Voluntară și deliberată, ajungând adesea la orgasm, masturbarea este frecventă.

După unii autori cea mai mare majoritate a indivizilor umani (9 masculi din 10, 8 femele din 10) au practicat cel puțin o dată masturbația; o activitate așa de răspândită și generalizată nu poate fi atribuită unor factori anormali. Practicarea ocazională, pe timp scurt, fără alte tulburări, nu trebuie culpabilizată. Atitudinile nepotrivite (învinovățire, amenințări, umiliri) pot duce la însingurarea copilului și respingerea sexului opus (complexe de inferioritate). Pe de altă parte, practicarea repetată de nenumărate ori, reflectă fie un substrat psihopatic, fie unul nevrotic. Mediul

[1] "Comportamentul sexual al bărbatului" (1948) și "Comportamentul sexual al femeii " (1953).

[2] Mai este numită și onanie (după Onan, personaj biblic).

[3] Cel mai înalt punct al excitației sexuale.

familial şi concepţiile retrograde de educaţie şi consultarea unor materiale pseudoştiinţifice sunt la originea practicării sistematice a masturbaţiei.

Am dat o extindere mai mare acestei probleme delicate pentru că am fost confruntaţi adesea cu astfel de consultaţii, iar părerile şi sfaturile noastre deşi primite cu jenă şi scepticism, s-au dovedit eficiente.

b) *Curiozitate sexuală şi pudoare.* Chiar de la trei sau cinci ani, copilul este capabil să manifeste o mare curiozitate sexuală, de a arunca o privire lacomă pe nuditatea corpurilor. Aceste atitudini şi impulsuri care încalcă "bunele maniere" sunt naturale, chiar faţă de fiinţele cele mai apropiate. Dorinţa geloasă de a merge în patul părinţilor, tandreţea câteodată excesivă şi aproape carnală de care dau dovadă unii copii pot fi numite sentimente oedipiene[1]. De fapt ei exteriorizează un libido[2] pentru un corp: mama este pentru băiat prima femeie (poate fi perfect înlocuită cu o mătuşă, o soră mai mare etc.). Comportamentul copilului faţă de carnaţia altora (şi a sa) este departe de a fi univocă. În unele reviste şi magazine de vacanţă (imitând moda din unele ţări occidentale), precum şi în unele filme se arată familii sumar îmbrăcate luând masa într-un cadru pitoresc. La mare, pe plajele de nudişti se văd unele mame care-şi arată sânii, copiii mari sunt goi şi tatăl îşi arată o parte din părţile sale intime. Cine ajunge la astfel de exhibiţii, la acest naturism insistent, inspirat din unele avangardisme "liberale" ale mass-media ar trebui să se întrebe ce "gândesc" copiii. Este greu de răspuns la această chestiune fără a invoca un concept care ar putea părea demodat: pudoarea[3]. La acelaşi individ, pudoarea poate să dispară sau, din contră, să apară.

Când sunt mici, copiii preferă să stea goi, fără să se jeneze de adulţi, cer să facă baie în prezenţa şi cu ajutorul mamei, pentru ca în preajma pubertăţii să interzică acestora să mai intre în baie. Este un comportament care se încadrează în concepţia tradiţională după care "regulile decenţei sunt luate nu numai din preceptele morale, ci sunt legate şi de vârstă, condiţii de mediu, caracter, locul unde se găseşte, persoane cu care trăieşte" (Littré). S-ar putea spune că erau alte timpuri şi alte obiceiuri. În ceea ce ne priveşte, din observaţiile noastre, socotim că mama şi întreaga familie să nu cultive la copil un simţ al pudoarei precoce şi exagerat. În primii 6-7 ani, este bine ca un copil să stea cât mai sumar îmbrăcat sau gol în zilele însorite sau calde, să facă baie şi să stea pe plajă dezbrăcat, pentru a beneficia din plin de acţiunea factorilor naturali. Cu timpul, indiferent de concepţia familiei, copilul aderă sau devine opozant la un anumit comportament în funcţie de temperamentul său: flegmatic sau emotiv, uşuratic sau grav, influenţabil sau hotărât, conformist sau independent, sociabil sau izolat, cu plăcere precoce pentru "jocurile dragostei" sau indiferent faţă de acestea.

c) *Iubirile copilăreşti.* La rangul de sentimente, copiii de şcoală pot să dezvăluie ceea ce se cred (sau se numesc) iubiri ("amoruri") copilăreşti. Această formă foarte elaborată a sexualităţii rămâne adesea discretă, chiar secretă. Nostalgia, insomnia, lipsa de poftă de mâncare, laconismul, neatenţia la şcoală pot fi consecinţele nebănuite ale unor "doruri ale inimii". Este vorba mai mult de "trăire" decât de comportament; aceste prime manifestări de iubire umană au un loc şi un farmec deosebit. Părinţii au datoria de a fi discreţi şi înţelegători cu aceste trăiri, adesea trecătoare.

d) *Sexualitatea.* Normal în perioada pubertară trebuie să se ajungă la o maturitate sexuală. La început, atât fetele cât şi băieţii sunt jenaţi şi ruşinaţi de semnele sexualităţii.

Dezvoltarea psiho-sexuală. La fete şi mai ales la băieţi apar nevoi sexuale imperioase, adesea se tem că-şi vor pierde controlul. De aceea trebuie să şi le satisfacă prin modalităţi sociale acceptabile. Mulţi sunt activi sexual la 17 ani, dar nu acceptă utilizarea regulată a anticoncepţionalelor (prezervativul de către băieţi, pilula de către fete). Unii îşi uşurează tensiunea sexuală prin masturbare.

După Feinstein, adolescenţii trec, sexual, prin patru stadii de dezvoltare:

1. *Deşteptarea sexuală* (între 13 şi 15 ani). Îşi confruntă imaginea corporală cu a prietenilor (sâni, dimensiunile penisului, înălţime, greutate, păr pubian). Comparaţia poate fi devastatoare dacă nu este la fel cu cei de aceeaşi vârstă. Uneori sunt preocupaţi şi părinţii de normalitatea sexuală, mai ales la băieţi; destul de des părinţii consultă pe medic pentru a şti dacă totul este "normal": testicule, dimensiunile penisului la băieţi; sâni, apariţia ciclului menstrual la fete.

[1] Ataşament erotic al copilului faţă de părintele de sex opus.

[2] Dorinţa de satisfacere a instinctului sexual.

[3] Bunăcuviinţă, atitudine decentă care trebuie păstrată în acţiuni, îmbrăcăminte, înfăţişare, vorbire.

2. *Stadiul de practicare* (14-17 ani) privește modul de formare a inserției sociale care conduce spre formarea unor legături intime. Foarte des concepțiile și valorile generațiilor anterioare (bunici, părinți și chiar cadre didactice) nu mai sunt identice cu cele promovate de colegii de generație, fapt care duce la "conflicte de generație".

3. *Acceptarea rolului social* (16-19 ani). Adolescentul are o senzație de confort în legătură cu rolul său sexual. Relațiile de cuplu înlocuiesc unele activități, care anterior interesau grupuri mai largi.

4. *Alegerea unei relații permanente.* Poate avea loc între 18 și 25 de ani și se prelungește prin studiile universitare. Mulți își aleg un partener de viață, fie temporar (ca "prieteni" ce trăiesc împreună) fie ca parteneri de viață, ca soț și soție. În ambele situații relațiile sunt egalizate în ce privește probleme casnice cât și cele profesionale.

e) *Diversitatea comportamentelor.* Trebuie subliniate două noțiuni importante: a) Există o diferență netă între comportamentul sexual al celor două sexe. Erotizarea este mai întârziată la fete. Așa se explică frecvența și precocitatea masturbării la băieți. b) Oricare ar fi sectoarele de comportament sexual (masturbare, atracție pentru nuditatea corpurilor, tendința exhibiționistă[1], pudoare, jocuri sexuale, sentimente amoroase) acestea sunt curente, foarte diferite de la un individ la altul. Față de trezirea "simțurilor" sexuale ale copiilor, este necesară din partea adulților o atitudine nuanțată, adaptată fiecărui copil și făcând apel la o informație sexuală științifică.

• **Maturația sexuală.** a) *Începuturile pubertare.* Pubertatea se instalează treptat, continuu, cu manifestări ce se asociază cu creșterea staturală și ponderală, în funcție de natura gonadei (masculină sau feminină) care are un rol preponderent în dinamismul evolutiv al copilului. Semnul distinctiv sexual este imprimat chiar în etimologia cuvântului pubertate (de la *puber* = păr) (vezi tabelul 6.6). Semnele fiziologice caracteristice ale instalării pubertare sunt: apariția primelor menstruații la fată; prima ejaculare spontană la băiat sub forma unei poluții nocturne (fenomen mai discret). Aceste manifestări nu implică maturitatea sexuală definitivă. Aptitudinea pentru procreare încă nu este conferită: primele menstruații sunt fără ovule, iar spermatozoizii sunt absenți în primele ejaculări. Vârsta nubilității (starea celui sau celei ce este la vârsta de a se căsători) este legalizată la 16 ani la fete și 18 ani la băieți. Debuturile pubertare sunt foarte variate. Prezența semnelor pubertare sub vârsta de 8 ani sau lipsa lor peste vârsta de 17 ani obligă părinții să se adreseze medicului.

b) *Evoluția sexuală la fete.* Modificările externe sunt: dezvoltarea labiilor mici și mari, pigmentarea acestora din urmă, creșterea volumului clitorisului, vulva trece de la verticalitate la orizontalitate, apariția pilozității pubiene triunghiulare, dezvoltarea sânilor și mameloanelor. Creșterea masei musculare este mai puțin importantă la fete decât la băieți. Mucoasa vaginală își schimbă aspectul, uterul se mărește și se înclină înainte, ovarele cresc în volum, începe maturația foliculilor ovarieni, care mai târziu vor elibera ovule, dând ciclului menstrual întreaga sa semnificație.

TABELUL 6. 6

INSTALAREA ÎN TIMP A PRINCIPALELOR SEMNE DE PUBERTATE

Vârsta în ani	*Fete*	*Băieți*
10-11	– apar mugurii mamari (telarha) și "puful" pubian – lățirea bazinului	– începe creșterea testiculelor
11-12	– începe creșterea în înălțime – apare pilozitatea pubiană (pubarha)	– mărirea tranzitorie a glandei mamare, adesea unilateral, uneori dureroasă
12-13	– rotunjirea sânilor – pigmentarea mameloanelor – apare pilozitatea axilară	– începe creșterea în înălțime – apare pilozitatea pubiană
13-14	– prima menstruație (menarha); la început ciclu neregulat, fără ovulație	– creșterea accentuată a testiculelor și penisului
14-16	– menstruații regulate, cu ovulație	– schimbarea vocii – pilozitate axilară – spermatozoizi maturi

Închiderea (osificarea) zonelor de creștere epifizare și încetarea creșterii:
- la fete 16-17 ani
- la băieți 17-19 ani

[1] Obsesie bolnăvicioasă care face pe unele persoane să-și expună organele genitale.

TABELUL 6. 7

STADIILE DE DEZVOLTARE A CARACTERELOR SEXUALE SECUNDARE (DUPĂ TANNER)

Stadiul	*Fete*	*Băieți*
I	Sâni și organe genitale infantile	Testiculele și penisul de aspect infantil
II	Începe dezvoltarea sânilor prin lărgirea mamelonului și areolei, apare pilozitatea pubiană și axilară	Începe creșterea testiculelor și apare pilozitatea la baza penisului
III	Continuă dezvoltarea sânilor și labiilor	Continuă dezvoltarea testiculelor și scrotului, începe creșterea penisului, pilozitatea pubiană este abundentă
IV	Sânii și organele genitale externe au atins dezvoltarea de la femeia adultă	Penisul crește în lungime și lățime, se dezvoltă pilozitatea axilară și facială
V	Apare ciclul menstrual	Organele genitale maturate, pilozitatea pubiană este de tip masculin, se dezvoltă barba și mustățile

c) *Evoluția sexuală la băieți.* Din al 11-lea an de viață (în medie), la băieți primul semn pubertar este mărirea testiculelor datorită lărgirii tubilor seminiferi. În același timp se dezvoltă celulele Leydig (glanda endocrină testiculară) ce secretă hormoni androgeni (testosteron etc.), care vor contribui la stabilirea caracterelor sexuale secundare. Paralel penisul se alungește și se îngroașă; pielea scrotului se îngroașă și se pigmentează; prostata și veziculele seminale se măresc. Spre 14 ani (în medie), părul pubian apare la rădăcina penisului pentru a urca progresiv în romb spre ombilic pe care-l va atinge după vârsta de 15-16 ani. Pe lângă pilozitatea axilară (care există la cele două sexe) la băiat apar fire de păr pe tot corpul (mai ales pe piept și pe fețele de extensie ale membrelor) și sub formă de barbă la față. Spre 14-15 ani, laringele se modifică la băieți: mărul lui Adam iese în relief, corzile vocale se alungesc și vocea coboară în ton (schimbarea vocii). Apariția spermatogenezei semnează maturația sexuală.

d) *Mecanismele fiziologice.* "Evoluția pubertară începe, se dezvoltă și se termină datorită unui joc complex de influențe stârnite și manifestate la diferite nivele, într-o succesiune și o integrare bine ierarhizată. Aceste reacții în lanț duc la metamorfozarea țesuturilor și organelor; cele mai vizibile transformări afectează aparatul genital, scheletul și mușchii, pielea și părul, dar se înțelege de la sine că organismul este interesat în mod global" (Robert Laplane și colab.). Această "mașinărie" – delicată dar de cele mai multe ori foarte bine reglată – poate da loc câteodată la unele dezechilibre care determină neliniște și indispoziție la copil; sunt necesare explicații și sfaturi liniștitoare din partea părinților și uneori din partea unui medic priceput.

e) *Aspecte psihologice.* Odată cu diferențierea bruscă și evidentă a sexului, erupția sexualității, erotizarea, manifestarea sau, de cele mai multe ori refularea trăirilor aduse de maturația sexuală, adolescentul capătă un nou rol uman, mai departe de familie și într-o societate nouă. Pe lângă avalanșa informațională adusă de **mass media**, adolescentul este supus unei concurențe mari impusă de școlarizare, formarea într-o meserie, ocuparea unui loc corespunzător în grupul de care aparține, ceea ce îl face nu numai să depună din ce în ce mai multe eforturi, dar și să reflecteze asupra propriului său destin. Pe deasupra, pubertatea este vârsta când ființa umană se preocupă cel mai mult de frumusețea corpului: a crescut prea mult sau dimpotrivă prea puțin? ce face când apar și supărări cu bubulițele care urâțesc fața (aceea juvenilă)? este frumos(ă) sau așa cum spun ei în jargon – "nasol"? sânii sunt prea mari (mici)? De aici mai ales la fete, popasuri lungi în fața oglinzii, folosirea cosmeticelor, îmbrăcăminte mai mult sau mai puțin inspirată, accese de cochetărie sau din contră, de renunțări, câteodată teme obsesionale. În plus, există conștientizarea organelor sexuale în plină dezvoltare și a zonelor erogene corespunzătoare. Menstruația – chiar anunțată – nu este totdeauna acceptată de unele fete (ca și feminitatea). Sosirea naturală a acestor metamorfoze este admisă treptat. Pe lângă propriul corp, adolescentul observă că și corpul celuilalt sex s-a schimbat. Fetița și băiețelul care nu erau decât camarazi, nu mai împărtășesc aceleași jocuri, au devenit diferiți, poate chiar tulburători. Se nasc emoții, chiar spaime. Totuși va trebui, în funcție de această trezire a simțurilor care invadează pe fiecare, să se adapteze acestui tovarăș... și, poate, într-o zi, partener. Nu este totdeauna ușor. Băieții sunt mai schimbători printr-un instinct mai intens și mai impulsiv; fetele – cu o luciditate mai mare și cu o erotizare mai mică îi antrenează spre căutări sentimentale exaltate, mai mult prin cuvinte decât prin gesturi. Trebuie subliniat că la băieți pubertatea are o intensitate mult mai mare. În

această dezlănțuire a simțurilor, unii apelează la masturbare, așa cum am mai afirmat. Din punct de vedere fiziologic această practică nu are inconveniente dacă este trecătoare. La cei mai mulți survin ejaculări, "poluții", spontane (în medie 2-14 pe săptămână) mai ales în cursul nopții, cu sau fără vise, care sunt reglatoare excelente cu atenuarea altor reacții erotice.

Tradiționalul flirt poate da naștere la legături de stabilitate sentimentală, chiar de destin. Comportamentul și psihologia adolescentului sunt influențate mult de modificările pubertare, dar este o greșeală în a explica prin acestea toate dezordinile mintale (isteria, fobiile, psihozele, diferite dereglări cerebrale), toate insuccesele școlare, tulburările de inserție socială etc.

• **Mediul social și familial.** Nu trebuie atribuit sexualității pubertare ceea ce ține de fapt de dezvoltarea generală a adolescentului, de îmbolnăviri sau de mediul social și familial. Respectul datorat părinților, armonia familială, încadrarea în grupul social (clasă, asociații, cluburi, echipe etc.), tradiția familiei în materie de viață conjugală, vor fi zidurile care vor stăvili impetuozitatea juvenilă necontrolată. Față de această vârstă "ingrată" părinții au o sarcină dificilă. Ei oscilează între două afirmații contradictorii și totdeauna vehemente: "Tu ești încă un copil", care pune problema supunerii și "Tu nu mai ești un copil", care pune problema responsabilității. Supunerea și responsabilitatea sunt polii în jurul cărora se orientează raporturile părinți – copii. Din păcate, familia nu mai este pentru unii adolescenți o referință robustă. În aceste decenii de revoluție politică și economică, au apărut la noile generații alte concepte intelectuale, sociale, morale, științifice și artistice. Unii adulți prin locul de naștere, meseria și educația primită nu înțeleg noul mod de gândire și de trăire al urmașilor. În fața rigidității părinților, a neadaptării lor, copiii au și ei reacții tot atât de puțin constructive, fie de închistare, fie de expansiune debordantă sau chiar de evadare. Adolescentul, pornit prin școli de tot felul, în alte localități, dezlipit de familie trebuie preluat de școală, de comunitățile în care-și duce viața. Toți cei care cunosc pe copiii și pe adolescenții de la noi știu că marea lor majoritate știu ce este disciplina, autocontrolul și controlul; sunt dornici să cunoască, să învețe să muncească. Pe scurt se străduiesc să devină adulți, să fie cât mai competitivi (pentru ei personal și pentru instituția unde lucrează), să trăiască civilizat, rațional, deasupra instinctelor primare și a viciilor de tot felul.

• **Educația sexuală** (informația sexuală). În locul termenului de "educație sexuală", P. Debray-Ritzen socotește că termenul de "informație" ar fi mai adaptat realităților. După el "neinformatul", rezervatul, "refulatul", "feciorul întârziat" sunt candidați la tulburări care merg până la perversități sexuale. De aceea este necesar ca părinții și copiii să fie informați asupra acestui subiect socotit "tabu" după unele concepții înapoiate. Pe de altă parte nu trebuie să se ajungă la exhibiționism, necuviință organizată sau la mobilizare sexuală.

Spre 2 ½ ani – 3 ani, copilul își dă seama de diferențele sexuale dintre băiat și fată. "De ce băieții nu sunt făcuți ca fetele"? Apoi spre 3 sau 4 ani, copilul începe să pună primele întrebări asupra originii vieții care pot fi directe ("de unde vin copiii?") sau indirecte. Întrebarea nu este formulată dar copilul face aluzii în fața unei femei însărcinate sau tentative stranii care încearcă să facă pipi în picioare ca băieții etc.). Câteodată se observă o gelozie pentru camera conjugală unde se închid părinții și/sau patul conjugal unde domnește o relativă nuditate. Copilul simte că sexualitatea constituie un subiect aparte. Părinții trebuie să se pregătească să răspundă, fără să încerce însă să provoace întrebări. Nu este încă timpul să se treacă la explicații lungi nesolicitate. La unii copii, astfel de explicații nu sunt cerute decât la intervale de luni sau chiar de ani de zile.

La început, sarcina de a iniția sexual pe copil, revine mamei. Apoi, când copilul se mărește este de datoria tatălui de a sta de vorbă cu fiul și a mamei cu fiica. În gospodăriile cu animale, la grădiniță și la școala elementară sunt animale (câini, pisici, iepuri de casă etc.) care sunt pentru copil un excelent mijloc de observație în ce privește reproducerea, sarcina, nașterea, alăptarea etc.

Cea mai bună soluție este de a spune adevărul. Poveștile cu "varza", cu "trandafirii" sau cu "berzele" nu mai sunt pentru vremurile noastre. Copiii dispun de informații paralele (vorbesc între ei, au acces la cărți, la reviste, la afișe de cinema, la imagini de televiziune etc.). Răspunsurile improvizate, fanteziste, ipocrite, "ca pe vremea bunicilor" fac pe copil să creadă că părinții lui au încă multe de învățat. Informațiile sexuale se vor da în funcție de temperamentul, de curiozitatea, de întrebările, pudoarea și puterea de înțelegere a fiecărui copil. Abordarea problemelor se va face cu tact și precizie și dacă s-ar putea cu un pic de poezie. Părinții

nu trebuie să se ferească să răspundă la întrebările puse în mod deschis, folosind un limbaj simplu. Copilul de 5-6 ani, care, auzind vreo trivialitate relativ la organele genitale, pune întrebări din teribilism verbal nu va fi culpabilizat, ci se va proceda cu tact, fără brutalizare.

Atunci când un copil de grădiniță, în fața mamei gravide întreabă: "cum intră copilul în burta mamei?", nu este absolut necesar un răspuns fiziologic exact. Este de ajuns să i se răspundă că "bebe" se dezvoltă în burta mamei pornind de la o sămânță (un grăunte) care se găsește acolo. "Pe unde iese?". Printr-o deschizătură specială care nu este nici anusul și nici orificiul uretral. La această vârstă de mulțumește cu răspunsuri foarte simple pe care de altfel le uită foarte repede iar imaginarul își reia locul până la întrebările viitoare.

Și tata ce face în această poveste? Tata depune o sămânță în burta mamei pentru că se iubesc mult și doresc să aibă împreună un bebe. Cele două semințe fac ca bebe să crească. Întrebarea de a ști "cum depune sămânța" nu interesează pe copilul până la 7-8 ani. Numai spre 9 sau 10 ani copilul vrea să aibă explicații mai amănunțite. De altfel, dacă copilul mai mic cere, este suficient să i se spună că prin intermediul penisului tatăl duce sămânța în burta mamei.

Alături de educația care privește viața fizică și biologia reproducerii, se vor învăța valorile morale ale dragostei și dorința de a naște.

Informarea copilului se va face treptat cu completări la orice întrebare nouă. Există copii care practic nu întreabă niciodată. Nu este nevoie de a le lua înainte. De multe ori se instalează un fel de acord tăcut cu copilul; totul se rezumă la a aborda în treacăt subiectele presupuse cunoscute de ambele părți. Se vorbește însă liber. Astfel, se va discuta despre o femeie cunoscută (rudă etc.) că este însărcinată, că nașterea a decurs normal, că are un bebeluș sănătos. Când copilul întreabă "ce este o naștere" i se va răspunde "este momentul când copilul iese din burta mamei". Dacă pentru copil aceasta constituie o revelație care aduce și alte întrebări i se va răspunde cu "A, da!..." punându-l la curent cu fenomene reale fiziologice, care să corespundă vârstei și înțelegerii lui. Pe măsură ce copilul se mărește, ca din întâmplare, i se vor pune la dispoziție pentru citit lucrări de inițiere și se va ajunge la un schimb de păreri, care vor păstra dialogul părinte-copil într-o pudoare reciprocă, pe care adesea, copilul este primul care o instaurează.

Este evident că pentru a trata problema educației sexuale este necesar de a ne plasa în perspectiva morală a societăților civilizate, care n-au admis niciodată să se presupună că în cel mai îndepărtat trecut uman, să fi existat o libertate absolută a raporturilor sexuale.

• **Educația sentimentală.** După "informația" sexuală, drumul cel mai anevoios de străbătut rămâne ceea ce este legat de sufletul omului: "amorurile" copilului, cuceririle, renunțările și "darurile" în căutarea iubirii altuia și cu respectul propriei ființe. Informația sexuală ușurează această continuare. Cu toate acestea, sunt temeri că în școlile în care s-a instituit o metodologie de educație sexuală cu prezentări brute, prefabricate, publice, cu planșe în culori, care prezintă toate viscerele, indispune și descumpănește pe mulți adolescenți.

Debray-Ritzen spune că iubirea este vecină cu arta. Contrar unei îndelungate tradiții estetice, arta nu se definește prin ea însăși, ci prin efectele sale, prin emoție. Ca și în artă, iubirea nu se face prin dispoziții, ci în funcție de gustul și tendințele fiecăruia; nimic nu este condiționat ca actul sexual. Cu el, obișnuințele se leagă într-un comportament propriu și adesea pentru o viață întreagă, în funcție de natura fiecăruia dintre noi. De aceea, instituirea căsătoriei este un ideal dificil. În funcție de temperament, de educația generală a fiecăruia, de împrejurări, de starea de sănătate, de starea economică, de mediul social, de meserie și discernământul celor doi parteneri, se ajunge la derută sau dimpotrivă la armonie (sentimentală, sexuală și socială).

7 COPILUL BOLNAV

7.1. Îngrijirea copilului bolnav în familie

Dacă familia oferă condiții favorabile în ceea ce privește starea materială și nivelul de instruire generală a părinților, pot fi tratate la domiciliu afecțiuni ușoare, unele boli infecto-contagioase - forme necomplicate - afecțiuni cronice și, în general, orice îmbolnăvire care nu pune în pericol imediat viața copilului.

Premisa pentru o bună colaborare între cadrele medico-sanitare și părinți este relația de încredere reciprocă. Medicul de familie instruiește în amănunt pe mamă asupra modului de îngrijire, de administrare a medicamentelor și face educația sanitară a familiei.

Mama trebuie inițiată în ceea ce privește înfășatul, tratamentul eritemului fesier, alimentarea copilului bolnav, prepararea unor alimente dietetice, aplicarea de învelișuri hidroterapice sau pansamente, tehnica de administrare a unor medicamente, măsurarea temperaturii corporale etc.

Părinții vor respecta cu conștiinciozitate absolută recomandările și prescripțiile medicului. Când nu se poate baza pe colaborarea părinților, medicul va recomanda internarea în spital, chiar pentru afecțiuni care ar putea fi tratate în familie sau ambulator.

7.2. Rolul părinților ca ajutoare ale medicului

• Mamele care au crescut mai mulți copii știu să deosebească situațiile care necesită o vizită imediată a medicului de cele care pot fi amânate o zi sau până la următoarea consultație programată. Părinții mai tineri solicită adesea o listă a simptomelor care necesită un consult medical. Ori, patologia medicală este atât de bogată și complexă, încât nu poate fi redusă la o listă (oricât de completă, ar însemna o simplificare artificială a realității).

Observația atentă a mamei care-și supraveghează conștiincios copilul, înarmată cu 1-2 cărți de inițiere medicală, constituie un bun ghid pentru orice părinte. Înarmați cu un bagaj de cunoștințe despre bolile copiilor, nu vor greși prin neglijarea unor manifestări de boală serioasă și nici nu vor apela în mod abuziv la prezența medicului sau la serviciile de salvare. În cazul îmbolnăvirii copilului, mama trebuie să știe să se descurce singură până la venirea medicului sau până la transportul copilului la spital.

Este important ca în astfel de împrejurări mama să acționeze rațional și să nu-și piardă calmul. Ea își cunoaște bine copilul, sesizează imediat dacă ceva nu este în ordine și îl va supraveghea mai atent. Dacă îmbolnăvirea acută se însoțește de febră mare, îi va măsura temperatura și va lua măsuri pentru scăderea acesteia. În caz de febră foarte mare (39,5-40°C - hipertermie) se va administra un medicament (Paracetamol supozitor, Algocalmin supozitor pentru copii) și se vor da copilului să bea lichide (dacă primește). Dacă febra nu scade, un mijloc eficient de scădere a temperaturii constă în aplicarea unei "împachetări hipotermizante". În cazul în care sugarul prezintă o tulburare digestivă certă (scaune diareice, vărsături, refuzul mâncării) se va suprima alimentația și se va oferi copilului ceai îndulcit (sau nu) cu 5% zahăr (ceai de mușețel, chimen, anason) în cantități mici și repetate, până când vine medicul. Se poate oferi copilului și apă de orez (vezi rețeta la capitolul 5).

• **Când familia apelează la medic,** pentru o vizită la domiciliu, este bine să se facă unele precizări privitoare la semnele bolii copilului. Aceasta îl ajută să-și programeze vizitele zilnice în ordinea gravității cazurilor anunțate.

Mama va observa și va nota cu grijă toate manifestările și evoluția bolii pentru a le putea relata medicului. De asemenea, își va nota toate întrebările pe care și le pune privitor la continuarea îngrijirii copilului.

7.3. Elemente de apreciere a stării de boală

În cele ce urmează se vor expune un număr de manifestări patologice care vor ajuta părinții să sesizeze localizarea principală a bolii, precum și răsunetul ei asupra întregului organism.

Starea generală și comportamentul bolnavului, faciesul (fața) și vorbirea sunt modificate în parte de reacția bolnavului față de boală (atenuare sau exagerare), legată de structura psihică, de temperamentul fiecăruia. Copilul mare și adolescentul, confruntați cu o îmbolnăvire mai severă, își vor pune o serie de întrebări cum ar fi: ce boală am? de ce sufăr? care vor fi urmările ei? ce dezavantaje? ce avantaje rezultă din ea? Aceste implicații psiho-sociale nu vor fi neglijate de părinți și de medic.

a) *Observarea atentă a faciesului* bolnavului este mai convingătoare, deoarece autocontrolul este mai redus ca la adult. Expresia de durere, teamă, dificultatea în respirație, privirea inexpresivă, rătăcită, închiderea în sine, tristețea se citesc pe fața copilului. Chiar lipsa de mișcare la un copil altfel vioi, poate ușura calea spre diagnostic.

b) *Vorbirea* este sugestivă prin intensitate (înceată sau tare) și cursivitate (coerentă); dificultatea mare în respirație (dispneea) și slăbiciunea fizică mare permit doar pronunțarea de fragmente de propoziție sau cuvinte izolate.

c) *Răguşeala şi tusea,* precum și existența unor zgomote ce însoțesc respirația sunt simptome importante ce trebuie înregistrate cu atenție.

d) *Mișcările* copilului sănătos sunt vioaie, poziția firească, liberă, frecvent schimbătoare. O poziție anormală pe care copilul bolnav o schimbă rar, cu dificultate "sare în ochi". Poate fi cauzată în primul rând de o durere intensă (poziție antalgică), dar poate fi legată și de o suferință a sistemului nervos.

e) *Mișcările involuntare,* de tipul tresăririi unor grupe musculare izolate, imposibil de stăpânit de către copil, realizează ticurile (de ex. ridicarea repetată a umerilor, clipitul involuntar, unele grimase).

Alteori copilul prezintă un fel de "crize". În plină activitate fața devine inexpresivă, absentă, timp de câteva secunde nu reacționează la nici un stimul, apoi își reia firul vorbirii sau acțiunii (la început poate puțin confuz). Numai un observator atent înregistrează aceste manifestări și realizează că este vorba de *o criză de "absență"* (motiv pentru care de multe ori copilul este prezentat tardiv la medic).

f) *Crizele majore de convulsii* (epilepsia) sunt manifestări repetate, în cursul cărora copilul își pierde conștiența, cade la pământ și prezintă, pe un fond de creștere a tonusului muscular, mișcări dezordonate (convulsii tonico-clonice). Același tablou poate fi întâlnit în cursul unor infecții acute ale sistemului nervos central (meningită, encefalită) sau în cadrul unor stări febrile la sugar și copilul mic *(convulsii febrile).* În asemenea situații, părinții pot observa atent desfășurarea crizei, pentru a putea informa cât mai fidel medicul.

• **Culoarea și consistența pielii.** La copil pielea normală este roz sau ușor bronzată, uscată și netedă.

a) *Paloarea* tegumentelor poate fi determinată de anemie, de o tulburare a circulației sângelui, dar uneori ține de o boală a inimii sau a rinichilor. Sub influența frigului, tegumentele au un aspect marmorat (alternanță de pete albicioase și violacee).

b) *Culoarea roșie* a întregii suprafețe corporale se observă în caz de febră sau în stări de emoție accentuată. Petele roșii survin în cursul bolilor eruptive (rujeolă, rubeolă, scarlatină). Se vor urmări intensitatea, dimensiunea și forma "petelor" eruptive, dar și distribuirea (localizarea) lor pe suprafața corpului, locul de apariție și modul cum se extind, acestea prezentând particularități tipice pentru diferitele boli.

c) *Culoarea vineție* (cianoza) exprimă lipsa de oxigenare a sângelui. Culoarea slab vineție a buzelor în timpul băii, care apare frecvent la copii cu stare de nutriție deficitară și cu piele foarte fină, este doar un semn că le este frig.

Cianoza marcată, însoțită de stare generală modificată și/sau cu agitație și dificultăți de respirație (dispnee), reprezintă o stare gravă, de pericol vital acut! Există copii cu malformații congenitale ale inimii care au o *cianoză permanentă* datorită unor anomalii în distribuirea sângelui. Starea lor generală și randamentul fizic (rezistența la efort) sunt relativ bune, iar persistența în timp a cianozei este o dovadă că aceasta nu reprezintă un pericol imediat.

d) *Petele violacee circumscrise* (echimoze, "vânătăi"), de dimensiuni variate (până la câțiva cm), sunt determinate de hemoragii. Acestea pot fi de natură traumatică, dar uneori exprimă o tulburare a coagulabilității sângelui (temporară sau de durată) însoțind o serie de boli generale grave. Chiar

hemoragiile de dimensiuni minime (ca înțepăturile de purice), apărute în context febril pot fi comunicate de urgență medicului pentru a putea fi interpretate prompt.

e) *Hemoragiile* prelungite la nivelul mucoaselor (după traumatisme, extracții dentare) sau a tegumentelor (prin rănire), precum și umflarea "văzând cu ochii" a unei articulații traumatizate impun asistență medicală imediată (posibil hemofilie!).

f) *Colorația gălbuie sau galben-portocalie* a tegumentelor (icterul) a fost descrisă la nou-născut. Icterul se întâlnește și în cazul unor boli severe (hepatita virală, anemia hemolitică, malformații ale căilor biliare etc.), de aceea se va apela la medic. Trebuie menționat că unii sugari pot prezenta colorația gălbuie a pielii în urma unor regimuri prelungite cu supă de morcov (carotinemie); în aceste cazuri sclerele (albul ochilor) nu sunt colorate în galben.

g) *Consistența pielii* (turgorul) la copilul sănătos este fermă. Cuta pielii, făcută prin pensare între două degete, dispare imediat.

În caz de deshidratare prin vărsături, diaree și/sau febră (necompensate prin aport corespunzător de lichide), pliul cutanat este leneș (sau chiar persistent) - se șterge foarte încet. Copiii au limba uscată, ochii încercănați, înfundați în orbite.

Acumularea în exces de lichid în țesuturi *(edemele)* se observă cu precădere la nivelul pleoapelor (dar și la gambe, la nivelul organelor genitale, regiunea lombosacrată etc.) și însoțește în special unele boli renale. Medicul va întreba dacă s-au constatat modificări ale urinei (cantitate, aspect).

h) *Pielea umedă,* datorită secreției crescute de sudoare, se observă la copilul febril. Poate însoți paloarea în cadrul unei insuficiențe circulatorii acute, precedată de amețeli și urmată de cădere, cu pierderea temporară a conștienței (colaps circulator). La sugar se observă adesea transpirații mai abundente pe palme și tălpi umede, fără vreo semnificație patologică.

• **Modificări ale suprafeței cutanate.** Pe lângă erupțiile descrise mai înainte, mama trebuie să mai cunoască unele tipuri de erupție pentru a le descrie medicului:

– *mici ridicături (noduli)* dure, cu diametrul de 2-4 mm, pe fond de roșeață, pot fi stadiul incipient al unei *eczeme;*

– *vezicule* cu conținut clar, apoi tulbure-purulent ce se acoperă curând de o crustă, sunt întâlnite în *varicelă;*

– *vezicule mai mari,* cu perete friabil, al căror conținut se transformă într-o crustă galbenă ca mierea, foarte contagioasă, sunt caracteristice pentru *impetigo* (bube dulci);

– *tumefacția circumscrisă,* dureroasă și dură, în vârful căreia apare un punct galben (puroi) este tipică pentru *abces;*

– *urticaria* este o erupție în placarde de 1-3 cm, cu marginea roșiatică și centrul palid, însoțită de mâncărime accentuată (prurit). Apare ca reacție alergică la unele substanțe vegetale (cu acțiune externă, ca urzicile), la alimente sau în urma înțepăturilor de insecte.

• **Febra.** Se consideră febră o temperatură a corpului (măsurată rectal) care depășește 38°C. Temperatura normală se situează între 36,5°C (dimineața) și 37,2°C (după amiaza). Când temperatura este cuprinsă între 37,6 și 38°C se consideră *subfebrilitate.* Valorile subfebrilității și febrei sunt de obicei mai ridicate după amiaza și seara decât dimineața. De asemenea, temperatura este mai ridicată la copii după alimentație, plâns și agitație.

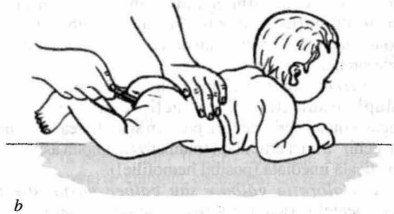
a) *Măsurarea temperaturii.* Se folosește așa-numitul termometru maximal, care este astfel construit încât coloana de mercur se oprește la nivelul maxim atins, chiar dacă se răcește ulterior. De aceea, înainte de utilizare, termometrul trebuie bine scuturat, pentru a coborî coloana de mercur.

Tehnica de măsurare[1]. Pentru sugar, măsurarea cea mai corectă se face rectal. Copilul este culcat pe spate. Se verifică dacă mercurul a fost coborât. Rezervorul de mercur al termometrului este șters cu o compresă umedă sau este uns cu un strat foarte subțire dintr-o substanță grasă, pentru a putea fi introdus mai ușor. Termometrul este ținut cu mâna dreaptă, iar cu mâna stângă se apucă picioarele copilului, îndoindu-le din articulația șoldului. Printr-o mișcare de rotație, rezervorul de mercur al termometrului se introduce în întregime în rectul copilului. Tot timpul cât se urcă coloana de mercur, termometrul se ține strâns între fese, pentru a nu se sparge sau a fi proiectat în afară. După 2 minute termometrul poate fi scos și se citește temperatura. Copilul mai mare va fi așezat pe burtă sau lateral pentru măsurarea temperaturii (fig. 7.1 a și b).

Măsurarea axilară a temperaturii se va face numai la adult și la copilul mai mare de 12 ani. Valorile obținute prin măsurarea axilară sunt mai puțin exacte decât în cazul măsurării rectale. Este important ca vârful

[1] În ultimul timp au apărut termometre care pot înregistra temperatura transcutanat. La sugar, metoda cea mai sigură rămâne cea folosită intrarectal.

a



b

Fig. 7.1, a şi b - Măsurarea temperaturii la sugar.

rezervorului termometrului să fie aşezat exact în mijlocul axilei, altfel cifra obţinută nu este fidelă. Termometrul va fi ţinut timp de 10 minute sub braţul stâng, lângă corp.

Indiferent de calmul cu care copilul se va supune acestei mici tehnici, el nu va fi lăsat singur, nesupravegheat.

După citirea temperaturii, termometrul se şterge cu un tampon de vată sau cu o compresă sterilă de tifon, înmuiată în apă cu săpun sau cu alcool. Nu va fi ţinut sub jet de apă caldă, deoarece se poate sparge.

În ultimul timp au apărut noi tipuri de termometre şi metode de măsurare mai uşor de aplicat, dar unele cu un grad mai mic de precizie.

b) *Cauzele şi manifestările clinice ale febrei* la copii. Febra nu este o boală, ci un simptom, ilustrând faptul că organismul este antrenat într-o luptă cu o infecţie. La copil, febra apare mai des şi la valori mai ridicate decât la adult, chiar în cazul unor îmbolnăviri mai uşoare; *de aceea valoarea absolută a febrei nu reprezintă un criteriu de apreciere a gravităţii unei afecţiuni.* Totuşi, dacă temperatura atinge cifra de 40°C şi creşte deasupra acesteia, boala poate avea un anumit grad de gravitate. Deşi la cei mai mulţi copii se poate constata "cu mâna" când au febră, este totuşi necesară măsurarea exactă a temperaturii. Copilul febril este cald, are ochii lucioşi şi uneori mai larg deschişi decât în mod obişnuit. Respiraţia este mai frecventă, iar pulsul este accelerat, somnul este mai agitat decât în mod normal. Uneori, la sugar şi copilul mic, creşterea prea bruscă a febrei poate declanşa apariţia de convulsii febrile. La copilul mic apar frecvent vărsături, iar la copiii mari şi adulţi creşterea febrei se însoţeşte de frisoane. Scăderea bruscă a febrei se însoţeşte totdeauna de transpiraţii profuze. Febra mai poate să apară şi prin acumularea excesivă de căldură, la sugar în special (aşa-zisa febră prin supraîncălzire până la 39-40°C). Aceasta apare mai des în anotimpul cald, dacă sugarul este îmbrăcat prea gros şi acoperit cu păturica. Prin dezbrăcarea sugarului şi administrarea de lichide, temperatura scade la valori normale, fără nici o altă măsură. Când sugarul nu primeşte lichide în cantităţi suficiente, sau când, din anumite motive (prin vărsături sau scaune diareice) a pierdut lichide multe, organismul nu-şi poate regla temperatura şi apare aşa-numita "febră de sete". Foarte rar se observă stări subfebrile sau chiar febrile care nu au la bază nici o îmbolnăvire. Înainte de a le eticheta ca atare, se vor exclude cu grijă toate cauzele posibile de îmbolnăviri febrile. De altfel există şi cauze de eroare, cum sunt: utilizarea unor termometre necorespunzătoare, care indică cifre inexacte, "nescuturarea" termometrului înainte de întrebuinţare; măsurarea temperaturii după crize de agitaţie, plâns sau imediat după masă.

e) *Combaterea febrei.* Subfebrilitatea sau febra nu reprezintă, în sine, o boală, ci are numai semnificaţia unei reacţii a organismului în faţa unei îmbolnăviri, reacţie care poate însemna, în unele împrejurări, preludiul procesului de vindecare. De aceea, a "trata" numai febra, şi nu boala în ansamblu, ar fi o greşeală. Numai în cazul în care o febră ridicată persistă şi se însoţeşte de alte tulburări (modificarea stării generale, scăderea apetitului, tulburarea somnului sau chiar apariţia de convulsii febrile) se recomandă instituirea de tratamente energice. Pentru început, se utilizează mijloace simple, naturale, apoi cele medicamentoase.

Mijloacele naturale sunt, în ordinea în care trebuie încercate: administrarea de lichide; compresele (împachetările) umede reci. Împachetările reci parţiale (sau generale) şi baia răcită progresiv sunt eficiente.

Când aceste mijloace nu dau rezultate, se administrează medicamente antitermice.

Trebuie reținut că sugarul cu febră nu trebuie îmbrăcat mai gros decât de obicei. Camera în care este ținut nu se va supraîncălzi, ci se va menține o temperatură constantă de 20-22°C, cel mult 24°C și se va asigura o umiditate convenabilă a atmosferei.

Medicamente. Administrarea medicamentelor sub formă de supozitoare, pe cale rectală, este indicată în special în bolile febrile însoțite de convulsii, vărsături, inapetență, precum și la copiii care refuză să primească medicamente pe gură.

Se întâmplă ca supozitorul să fie eliminat din rect înainte ca medicamentul să-și fi făcut efectul. De aceea, se recomandă ca supozitorul să fie introdus cât mai adânc, dincolo de sfincterul anal. Copilul este așezat în decubit lateral (culcat pe o parte), cu membrele inferioare (picioarele) îndoite. Mama imobilizează copilul în această poziție și, după ce bagă supozitorul în anusul copilului, apropie fesele strâns câtva timp, pentru a evita eliminarea acestuia.

La sugar se folosesc supozitoare de Paracetamol, care se găsesc sub diferite dozări, în funcție de vârsta copilului. La copii peste vârsta de un an se pot folosi supozitoarele de Algocalmin pentru copii (0,300 g) sau sirop de Paracetamol pentru copii (Paracetamol, Eferalgan, Panadol, Tylenol etc.).

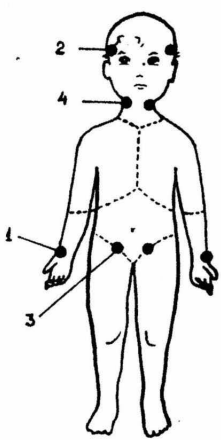


Fig. 7.2 - Zonele în care se poate percepe pulsul: 1. artera radială; 2. artera temporală; 3. artera femurală; 4. artera carotidă.

• **Pulsul.** Unda pulsului furnizează date despre frecvența și puterea de contracție a inimii. Pulsul se palpează la nivelul unor artere situate superficial. Cu oarecare experiență se poate determina frecvența și regularitatea (ritmul) pulsului.

Fig. 7.3 - Palparea pulsului radial.

• **Respirația.** Inspirația (destinderea plămânilor) are loc prin mărirea cutiei toracice în toate diametrele.

În cazul unei respirații dificile (dispnee) excursiile arcurilor costale sunt impresionante. Dispneea solicită și alte grupe musculare în actul respirator. Se poate observa *tiraj* (înfundarea) în spațiile intercostale, sub marginea coastelor sau la gât, iar fața copilului bolnav exprimă efort și suferință. Frecvența respirațiilor va fi numărată fără ca bolnavul să se știe observat.

Accelerarea ritmului respirator se observă la efort fizic, în stări febrile, obstacol pe căile aeriene superioare, în boli pulmonare sau cardiace (cu oxigenare insuficientă) și în caz de hemoragii masive.

Respirații ample și rare sunt evocatoare pentru unele boli metabolice (diabet decompensat) sau perturbări (leziuni) ale centrului respirator (de ex. meningită, encefalită).

Uneori se constată în timpul somnului *respirații neregulate,* fără semnificație patologică, mai ales dacă fața este normal colorată, iar la trezirea copilului respirațiile devin regulate.

Instalarea bruscă, la un copil sau adolescent fără suferință cunoscută, a unei respirații accelerate și în același timp dificile, însoțită de agitație, facies anxios, suferind și poziție șezândă, încordată, reprezintă un semn de alarmă. Poate fi vorba de o bronșită spastică, o criză de astm bronșic, o pneumonie gravă sau de aspirarea unui corp străin în căile respiratorii. Situația se agravează dacă apar cianoză și transpirații, reprezentând o urgență medicală.

Răgușirea vocii sugerează o laringită.

• **Urina** este de culoare galbenă și limpede. Se întâmplă ca sărurile minerale să precipite în contact cu aerul. Sărurile de acid uric sunt de culoare roșiatică (aspect de nisip cărămiziu al sedimentului urinar). Sărurile de fosfor pot conferi urinei un aspect lăptos. Încălzind urina, aceste săruri se redizolvă. Unele

medicamente colorează urina: roşiatică (Piramidonul); galbenă ca lămâia (Furazolidon, Electovit, Vitamina A); albastră-verde (albastru de metilen). În unele îmbolnăviri, urina poate deveni: brună roşcată (nefrite, stări febrile); incoloră ca apa (diabet zaharat, scleroză renală); brună ca berea (hepatita epidemică); tulbure (săruri minerale în exces, învechire, albumină etc.). Mirosul urinei proaspete este foarte slab; după un timp devine amoniacal. Este indicat să se compare volumul urinei cu cantitatea lichidelor consumate. Dacă sugarul bea puţin, urina este concentrată şi în cantitate mică. Dacă bea mult, urina este în cantitate mare şi slab concentrată (incoloră). Cantitatea de urină eliminată de rinichi în 24 ore se numeşte *diureză.* Se vorbeşte de o diureză bună, când circa 60% din lichidele băute de copil sunt eliminate prin urină (copiii ţinuţi la soare sau în camere supraîncălzite urinează mai puţin). La sugar stabilirea exactă a diurezei nu este posibilă. Se apreciază gradul de udare a scutecelor.

Emisiunile de urină poartă numele de *micţiuni.* În mod normal acestea sunt în număr de 15-18/24 de ore, în primele săptămâni şi de 6-7/24 de ore, la sugarul mai mare. Dacă în camera copilului este frig, acesta are micţiuni mai frecvente.

Recoltarea urinei la sugar. În numeroase boli în general, dar în special când există suspiciunea unei boli renale (nefrită) sau a unei infecţii urinare, se impune un examen al urinei.

La băieţi, penisul poate fi introdus într-o eprubetă sterilă (fiartă în prealabil), care se prinde de tegumentele regiunii cu ajutorul unei benzi de leucoplast. Odată fixată eprubeta, mama poate aştepta în liniştemicţiunea copilului, dar fără a pleca de lângă el.

La fetiţe, recoltarea urinei este mai dificilă. Se foloseşte un balonaş de sticlă cu gâtul mai larg (balon Erlenmayer). Membrele inferioare ale fetiţei sunt fixate cu ajutorul unui scutec de marginile laterale ale pătuţului, pentru a rămâne îndepărtate. Balonul se fixează în aşa fel încât să nu se îndepărteze labiile mici. Urina mai poate fi recoltată simplu, pe o muşama curată, căreia i se dă forma unei căditze, cu ajutorul unor scutece împăturite puse dedesubt; din acest "recipient" urina poate fi transvazată într-o eprubetă cu ajutorul unei linguriţe. Această metodă nu asigură o urină sterilă.

Mai recent, se fabrică pungi din plastic, prevăzute cu un orificiu cu margine adezivă. La băieţi, organele genitale se introduc în întregime (penis şi scrot) în acest săculeţ şi marginea se lipeşte în întregime de tegumentele din jur. La fetiţe, săculeţul se fixează în jurul vulvei. Această metodă asigură recoltarea sterilă a urinei, fără nici un pericol de infectare din afară.

Pentru a face cât mai scurtă neplăcerea copilului de a suporta această procedură se alege pentru recoltarea urinei o oră apropiată de una din mese, deoarece experienţa a arătat că sugarul are o emisiune de urină înainte sau imediat după alimentaţie.

Recoltarea în eprubeta sterilă se impune numai în vederea efectuării uroculturii. Pentru examenul sumar de urină se vor folosi eprubete sau sticluţe curate (atenţie: flacoane de sirop insuficient spălate pot duce la erori de diagnostic - suspiciune de diabet).

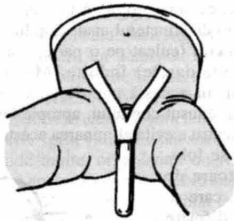


Fig. 7.4 - Recoltarea urinei la băieţi.

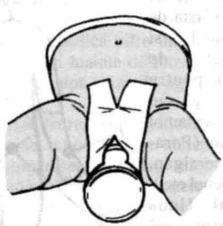


Fig. 7.5 - Recoltarea urinei la fete.

Se recomandă pentru examenul de laborator prima urină de dimineaţă. Sugarul mai mare poate fi ţinut deasupra unei oliţe curate, dacă este deprins să urineze "la comandă". La copiii mai mari se recoltează din mijlocul jetului urinar direct în eprubetă.

După recoltare, urina trebuie transportată cât mai repede, pentru a nu fi supusă unor procese de degradare. În anumite situaţii (diabet, vărsături acetonemice, unele

litiaze urinare), mama va efectua singură unele determinări în urină (cu ajutorul unor benzi-test).

• **Scaunele** *(materiile fecale).* Aprecierea corectă a scaunelor copilului este importantă. În mod curent se observă sistematic numărul scaunelor în 24 de ore, mirosul, consistența și reacția lor.

TABELUL 7.1

SCAUNELE SUGARULUI (După Gabriel Vasiliu)

Normal	*Copil alimentat la sân*	*Copil alimentat artificial*
Număr de zi	*1-6*	*2-3*
Culoare	Galben-auriu (eventual, verzui din cauza oxidării pigmenților biliari)	Cenușii-brune până la galben clar (substanțele colorate ale alimentelor apar neschimbate în scaun: carote, roșcove, sfeclă etc.)
Miros	Acrișor-aromatic	Fetid (fecaloid)
Consistență	Cremoasă	Păstoasă
Reacție	Acidă	Alcalină (acidă în caz de alimentație cu preparate adaptate de lapte)

Se impune o atenție cu totul particulară în a observa dacă scaunele conțin sânge, mucus, puroi, viermi intestinali (se păstrează scaunele până la venirea medicului). Scaunele lucioase și grăsoase, cu resturi de legume nedigerate sau cu amidon în mare parte intact, indică cel mai adesea o tulburare de digestie și de absorbție intestinală.

În cursul primelor săptămâni de viață, scaunele copiilor alimentați la sân prezintă mari variații în raport cu aspectul normal. Mulți copii prezintă scaune mai numeroase, cu grunji, uneori cu fragmente alburii și chiar mucozități. Din când în când scaunele sunt lichide, de culoare verde. Aceste particularități nu trebuie să neliniștească pe mamă, decât dacă sugarul nu progresează în greutate sau dacă prezintă și alte tulburări.

Abaterile de la aspectul normal al scaunelor sunt mult mai semnificative la sugarul alimentat artificial și trebuie privite totdeauna cu atenție.

În caz de diaree, se impune efectuarea unei coproculturi.

7.4. **Informații ce trebuie furnizate medicului**

Fie că medicul vede bolnavul la domiciliul acestuia sau în cabinetul de consultații, fie că este înștiințat telefonic despre îmbolnăvirea copilului, este necesar ca familia să-i furnizeze date precise. Observațiile mamei pot să fie reținute sub forma unor notițe, pentru a nu uita nimic din manifestările și evoluția bolii și pentru a putea răspunde exact la următoarele întrebări:

1. *Când și cum a început boala?*

2. *Observații obiective.*

– *febra:* ce temperatură a avut copilul? și cum evoluează febra?

– *vărsături:* câte?; cantitate?; culoare?; conținut?.

– *constipație:* când a avut ultimul scaun? aspectul scaunului? are tendință la constipație?

– *diaree:* cât de frecvente sunt scaunele? consistența? dacă au mucus sau sânge?

– *dureri:* localizarea? intensitatea? caracterul durerii (acută, intensă, în crize)? În caz de dureri abdominale - abdomenul este balonat sau mușchii abdominali sunt întăriți? În caz de alte localizări: regiunea este caldă și roșie?

– *culoarea pielii:* palidă, vineție, icterică?

– *erupții cutanate:* pete sau vezicule? localizarea? unde au început și cum s-au extins?

– *caracterul respirației:* dispnee? zgomote la inspirație sau expirație? tiraj la nivelul cutiei toracice? copilul preferă poziția șezând? numărul respirațiilor?

– *tusea:* uscată sau productivă? cu sau fără expectorație? nocturnă sau/și diurnă?

– *convulsii:* contracturi musculare localizate la unele grupe musculare? tonus muscular crescut? starea de conștiență? convulsii generalizate? durată? febră? a pierdut urina, și-a mușcat limba?

– *poziții particulare:* poziție antalgică? agitație? redoarea cefei? (copilul "nu poate pune bărbia în piept")?

– *alte observații:* frecvența pulsului? eventuale neregularități?

3. *Suferințe relatate de copil sau adolescent:* dureri; dificultate în respirație; grețuri; lipsa poftei de mâncare; amețeli etc.

7.4.1. *Examenul medical la domiciliu*

Dacă este aşteptată vizita medicului la domiciliu, părinţii pot contribui la buna desfăşurare a acesteia prin unele pregătiri. Vor avea grijă ca aerisirea camerei, spălarea (sau baia) şi masa copilului să fie rezolvate până la sosirea medicului (în orice caz să nu coincidă!).

Va fi măsurată temperatura (şi notată), eventual sub forma unei curbe în evoluţie; vor fi păstrate ultima urină şi scaunul (dacă acesta din urmă este modificat). Vor fi pregătite notiţele cu observaţiile (şi întrebările) părinţilor. De asemenea, vor fi la îndemână ambalajele medicamentelor administrate.

Vor fi pregătite cele necesare ca medicul să se poată spăla pe mâini.

Pentru uşurarea examenului sugarului se va pregăti o masă (masa de înfăşat). Copilul mai mare va fi examinat în pat, iar cel mic (sau copilul care face dificultăţi la examinări ori este agitat) poate fi examinat în braţele unui membru al familiei.

Fig. 7.6 -Ţinerea sugarului pentru examenul medical; dacă este culcat pe spate, braţele se ţin depărtate de corp, astfel ca medicul să-l poată examina nestânjenit.

Fig. 7.7 - Dacă este culcat cu faţa în jos, antebraţele sunt ţinute sub pieptul sugarului.

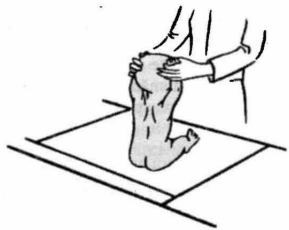


Fig. 7.8 - La sugarul care încă nu-şi ţine capul sau la copilul foarte slăbit, se ridică braţele în sus, sprijinindu-i în acelaşi timp şi capul.

Fig. 7.9 - Ţinerea sugarului şi copilului mic pentru examinarea ochilor, nasului, gurii şi faringelui.

Mama trebuie să înveţe să ţină corect copilul pentru examenul medical.

Este necesar să existe o sursă bună de lumină. Pentru examenul gurii şi faringelui va fi pregătită o linguriţă curată, aşezată pe o farfurie.

Pentru copiii care fac dificultăţi la examen se va avea la îndemână jucăria preferată sau un biberon cu ceai.

Se recomandă ca mama să-şi facă notiţe (dacă medicul nu scrie amănunţit, tot ce trebuie făcut) în ce priveşte alimentaţia, tratamentul, măsuri speciale de îngrijire. Dacă a uitat ceva sau apare vreun dubiu asupra tratamentului, ori mama observă reacţii neaşteptate la

copil sub tratament, nu se va sfii să pună întrebări suplimentare (chiar la telefon).

Dacă starea copilului se ameliorează rapid, mulţi părinţi sunt tentaţi să întrerupă tratamentul medicamentos indicat de medic sau să schimbe dieta prescrisă. Acest lucru nu este permis, putând duce la recăderi. În cazul în care medicul nu a specificat durata tratamentului, acesta va fi continuat până la următoarea vizită a medicului sau se "ajustează" după ce se ia legătura cu medicul prin intermediul asistentei de ocrotire.

7.4.2. *Câteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu*

1. Copilul bolnav are nevoie de mult aer curat. Vara, camera poate rămâne cu ferestrele deschise. Iarna, se va aerisi de mai multe ori pe zi, fie direct, fie prin intermediul unei camere vecine.

2. Patul va fi astfel aşezat încât să fie ferit de curent. În cazul în care camera se deschide spre o sală neîncălzită, se vor pune pături la partea de jos a uşilor. La copilul mic, plăpumioara sau pledul pot fi legate la cele patru colţuri de gratiile patului.

3. Poziţia patului va fi fixată în aşa fel ca bolnavul să nu privească tot timpul în lumină.

4. Temperatura aerului din cameră va fi de 18-22°C în cursul zilei şi de 20-24°C când copilul este spălat sau i se face baie. Copiii cu febră mare nu vor fi înveliţi prea gros în camera încălzită. Se vor evita oscilaţiile mari ale temperaturii camerei; dacă aceasta scade sub 16°C, devine nocivă pentru copil.

5. Ca măsură de protecţie pentru ceilalţi membri ai familiei, mama va purta în camera copilului un halat sau şorţ, care să-i acopere toată îmbrăcămintea.

6. În încăpere se va aşeza un lighean, săpun şi prosop – departe de patul copilului – pentru ca medicul şi mama să-şi spele mâinile. Medicul decide dacă este necesar în plus un castronaş cu soluţie dezinfectantă pentru mâini.

7. Sursa de lumină artificială va fi atenuată, prin aşezarea unor bucăţi de carton în jurul veiozei.

8. Copilul febril transpiră mult. De aceea, dacă medicul permite, copilul mic va face baie zilnic. Copilul mare va fi spălat în pat, aşezat pe o muşama mare, acoperită cu cearşaful de baie. Se spală diferite segmente ale corpului, ştergându-le şi învelindu-le imediat pentru a se evita răcirea. Dacă medicul recomandă să nu se facă baie, mama va curăţa cu o cârpă înmuiată în apă caldă pielea de la subsuoară, de la cutele gâtului, mâinile şi picioarele, organele genitale şi anusul.

9. În timpul băii vor fi observate cu atenţie culoarea pielii şi respiraţia copilului. Dacă pielea devine brusc palidă sau vineţie, baia se întrerupe imediat. La copilul cu formă mai gravă de boală, baia generală se va înlocui cu baia parţială (se spală mâinile, picioarele, gâtul, subsuoarele, regiunea genitală).

10. La copiii care au picioarele reci, în special în cursul bolilor diareice grave, se pun sticle cu apă caldă (învelite în şervet).

11. Fraţii şi surorile nu au ce căuta în apropierea copilului bolnav.

12. Îngrijirea cavităţii bucale se va face cu minuţiozitate, de mai multe ori pe zi. Spălarea pe dinţi se va face cu grijă, cu ajutorul mamei. Clătirea se face cu apă simplă sau cu ceai de muşeţel (în special la copilul mic care, neştiind să facă gargară, poate înghiţi ceaiul). În cazul în care mucoasa gurii este roşie, prezintă zone cu stomatită, copilul mai mare îşi va clăti gura de mai multe ori pe zi cu ceai de muşeţel bicarbonatat (1 g la 250 ml de ceai). La recomandarea medicului se poate picura în gura copilului un preparat pe bază de stamicină.

13. Curăţirea urechilor şi a nasului. La sugar şi copilul mic, curăţirea urechilor se face cu tampoane lungi de vată. Se observă dacă apar secreţii sau dacă bolnavul acuză dureri. În cadrul infecţiilor respiratorii (gripă, răceli), se acordă o importanţă mare curăţirii nasului. Când există secreţii abundente în nas, acestea vor fi aspirate cu ajutorul unei pompiţe. Nu este bine să se folosească tampoane de vată, care favorizează infecţiile supraadăugate. În caz de secreţii vâscoase sau cruste, acestea se înmoaie prin picurarea de ser fiziologic din abundenţă şi de mai multe ori pe zi şi apoi se aspiră. Nu se recomandă introducerea în nas de substanţe grase (oleu gomenolat, vitamina A etc.). Prezenţa de secreţii purulente sau sanguinolente trebuie semnalată medicului. Nu se folosesc dezinfectante nazale decât la indicaţia medicului şi numai pe perioade scurte de timp.

14. Copilul va fi spălat imediat, ori de câte ori s-a murdărit (vărsătură, scaun), în special în bolile digestive. De asemenea va fi spălat pe mâini înainte de a mânca, iar după masă va fi spălat atât pe față, cât și pe mâini.

15. Așternutul se aerisește și se aranjează în fiecare dimineață, timp în care - dacă are voie să stea în șezut - copilul mic se așează la capătul opus al patului, pe un fotoliu sau pe un scaun lângă pat. Plapuma sau pledul se introduce în cearșaf, perna se scutură, ambele se aerisesc. Cearșaful de pat se scutură, apoi se întinde cât mai bine, fără a face cute. Acesta se schimbă de 2 ori pe săptămână sau, la nevoie, zilnic.

16. Poziția în pat. În cursul afecțiunilor bronhopulmonare, copilul se simte mai bine când toracele este ușor ridicat. Mama va avea grijă ca poziția să fie corectă, adică toracele să fie în întregime ridicat, nu numai capul, care - în acest caz - apasă pe piept îngreunând respirația. Poziția ridicată este ușurată dacă se introduce sub capul saltelei o pătură îndoită de mai multe ori sau 1-2 perniță foarte dense. Se evită alunecarea bolnavului din poziția ridicată, introducându-i sub genunchi un rulou confecționat dintr-o păturică de molton.

17. Prevenirea escarelor. La copiii cu boli gave prelungite, la cei foarte slabi, paralizați, la cei imobilizați în aparate gipsate sau cu pierderea conștienței există pericolul apariției escarelor (fig. 7.10). La început, pielea se îngroașă în zona expusă presiunii neîntrerupte și frecării pe cearșaf. Treptat apar, favorizate de umezeală, leziuni superficiale dureroase. De aceea la copiii care transpiră mult, rufăria trebuie schimbată des. În plus se recomandă fricționarea zonelor predispuse cu alcool diluat și aplicarea unui strat subțire de pudră de talc. La bolnavii care nu se pot mișca mult în pat, se va schimba poziția de mai multe ori pe zi. Se va avea grijă ca cearșaful și pijamaua să nu facă cute.

18. Îngrijirea corectă a bolnavului presupune multă răbdare, timp și perseverență în executarea exactă a prescripțiilor medicale. Prin abilitatea cu care deviază atenția copilului de la suferința sa, mama îi poate ușura boala și îi poate crea o stare de spirit optimistă. Medicul sau rudele nu vor discuta lângă patul copilului despre boala acestuia. Comentariile se vor face în afara camerei bolnavului.

19. Mama trebuie să fie în stare să insufle copilului bolnav încredere în medic. Dacă ea dovedește că ia în serios toate recomandările acestuia, executându-le conștiincios, va câștiga colaborarea copilului și acesta va accepta mai ușor unele tratamente (injecții, medicamente cu gust neplăcut). Niciodată mama nu-și va manifesta mila în astfel de împrejurări și nu va comite greșeala de a amenința copilul cu injecții sau alte măsuri recomandate de medic.

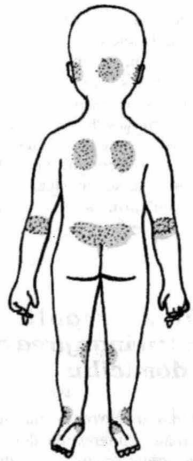


Fig. 7.10 - Zonele predispuse la apariția escarelor.

20. În cursul îmbolnăvirilor, copilul simte și mai mult, decât atunci când este sănătos, nevoia prezenței și afecțiunii mamei. Jucăria preferată, micile gesturi de tandrețe, precum și asigurarea liniștei psihice sunt factori care contribuie la vindecare.

Pentru copilul obligat să stea mai mult în pat, se vor căuta ocupații și mici distracții care-l vor ajuta să-i treacă mai ușor timpul. Recomandăm pentru cei mici: cărți pentru colorat, jocuri simple de cărți, desenatul. Pentru cei mai mari: lecturi plăcute, muzică (vizionarea programelor TV va fi selectivă!), albume cu fotografii mai vechi, care pot constitui și un prilej pentru amintiri plăcute și discuții apropiate cu părinții.

21. La copiii în stare gravă, se curăță și se umezesc buzele (din oră în oră) cu infuzie de mușețel sau cu apă fiartă și răcită; de îndată ce starea lor se îmbunătățește, li se dă să bea ceai de plante (chimen, anason, mușețel,

tei) îndulcit cu zahăr, în cantităţi mici şi repetate, fără a-i forţa.

22. Pentru îngrijirea copilului cu *boală contagioasă* se cer unele măsuri suplimentare:

a) Se înlătură toate obiectele care nu sunt necesare. În special se va avea grijă să fie îndepărtate hainele altor membri ai familiei. Covoarele se strâng sul şi pot rămâne în cameră.

b) Patul copilului se va spăla cu apă caldă şi detergenţi. La nevoie, se mai instalează un pat, pentru persoana care îngrijeşte copilul.

c) Va exista o oală de noapte sau o ploscă. Peste urina şi scaunele emise de copil se toarnă imediat o soluţie dezinfectantă. Abia după 2 ore se evacuează în W.C.-ul locuinţei. Vasele respective se spală de fiecare dată cu detergenţi, iar în caz de boli infecto-contagioase se cer soluţii dezinfectante.

d) Va exista de asemenea un lighean pentru bolnav, eventual şi pentru persoana care-l îngrijeşte, săpun, prosoape separate.

e) Persoana care îngrijeşte copilul poartă un halat (alb sau colorat, dar dintr-un material care se poate spăla şi fierbe). Înainte de a părăsi camera, dezbracă halatul, îl agaţă de un cui în interiorul camerei, în apropierea uşii. Când se întoarce, îmbracă halatul înainte de a face orice act de îngrijire a copilului.

f) Schimbarea rufăriei de corp, de pat, a prosoapelor se face zilnic şi ori de câte ori se murdăresc. Obiectele de strâng într-o găleată cu capac.

g) Tacâmurile, farfuriile, ceştile etc. folosite de bolnav (eventual şi de persoana care-l îngrijeşte) rămân permanent în cameră şi se spală separat. Vasele în care se aduce mâncarea se pun pe o masă, de unde se serveşte în farfurii, pahare etc., apoi se duc la bucătărie şi se spală separat de vesela restului familiei.

7.4.3. *Regimul alimentar al copilului bolnav*

Recomandările făcute de medic vor fi respectate întocmai de mamă în ce priveşte componenţa, cantitatea, felul de administrare şi orarul alimentaţiei.

Mâncarea va fi preparată gustos, variat şi va fi oferită în mod plăcut, în porţii mici. O farfurie plină este resimţită de copil ca o povară (mai bine se mai serveşte o dată). Copilul nu va fi forţat să mănânce (se evită astfel supărarea, starea de tensiune, vărsăturile şi apariţia în continuare a "anorexiei psihice"). Mâncarea se serveşte caldă (pot fi folosite farfurii cu fund dublu - cu apă caldă), tăiată în bucăţi mici sau sub formă de pireuri.

Copilului grav i se aşează o perniţă sub cap şi un şervet în faţă; dacă starea copilului o permite, va mânca în poziţie semişezând, bine sprijinit. Lichidele pot fi băute cu paiul.

La copilul cu pierderea conştienţei nu se va face nici o tentativă de alimentaţie, existând riscul aspiraţiei şi asfixiei.

Contrar concepţiei mai vechi, după care bolnavii febrili trebuie ţinuţi nemâncaţi, azi este valabil principiul că orice bolnav trebuie să fie hrănit şi mai ales să primească lichide suficiente, având grijă de a se îndepărta acele alimente sau moduri de preparare care nu sunt potrivite bolii respective.

La copil, mai mult ca la adult, regimul dietetic are o importanţă la fel de mare ca şi tratamentul medicamentos.

– Regimul alimentar al copilului bolnav este dezechilibrat, incomplet, dar necesar; copilul nu are de suferit dacă regimul nu se prelungeşte prea mult.

– Unul din obiectivele urgente şi permanente la copiii bolnavi (mai ales la sugari) este să se acopere pierderile mari de apă (deshidratarea din cauza febrei, diareei, vărsăturilor, transpiraţiei, refuzului tranzitoriu de a mânca etc.) prin consumul unui volum mai mare de lichide: apă fiartă şi răcită, ceaiuri de plante medicinale, îndulcite cu glucoză sau zahăr, sucuri de fructe, compoturi, supă de zarzavat. La copiii care varsă sau transpiră mult, la lichidele îndulcite se adaugă puţină sare de bucătărie (la 1 litru de ceai: 4-6 linguriţe de zahăr şi un vârf de cuţit de sare de bucătărie).

– În bolile febrile există un consum mare de calorii şi dacă hrana este insuficientă, copilul îşi consumă propriile rezerve din ţesuturi. Pentru a acoperi consumul mare de calorii, se dau alimente cu glucide (mai bine tolerate şi uşor de asimilat). La sugar se dau: ceaiuri îndulcite cu glucoză 5-10% sau cu zahăr 5%, lapte diluat şi îndulcit, supe, sucuri de fructe. La copilul mare se adaugă făinoase (cartofi, pâine albă, biscuiţi, orez) sau dulciuri (compoturi, mere, dulceaţă, gemuri); de îndată ce febra a mai scăzut şi apetitul a revenit (toleranţa digestivă a crescut) se adaugă şi grăsimi: unt, smântână, uleiuri vegetale.

În cursul bolilor febrile se produce și un consum mărit de proteine. De aceea, de îndată ce natura și evoluția bolii o permit, la sugar se va reintroduce cât mai repede laptele, iar la copiii mai mari brânza de vacă, carnea fiartă sau friptă (de vită sau de pasăre), peștele de apă dulce.

– Consumul de vitamine și săruri minerale este și el crescut în majoritatea bolilor copilului. Sucul de fructe crude se poate da singur sau înglobat în pulpa de fructe rase (mere, piersici, banane etc.), ori amestecat cu fierturi de făinoase (griș, fulgi de porumb) sau cu cereale "instant", budinci ușoare, pesmet, biscuiți rași. Supa de zarzavat (strecurată la început) și mai târziu pireu de cartofi sau de morcovi asigură nevoile crescute de săruri minerale.

Orice aliment se dă sub formă ușor de tolerat. Copiii bolnavi au deseori o lipsă a poftei de mâncare, scăderea secrețiilor digestive și modificări ale motilității tubului digestiv (fie constipație, fie colici abdominale, vărsături și/sau diaree). Aceste tulburări pot fi evitate printr-o alimentație lichidă sau semilichidă, fără celuloză în exces (merele, de exemplu, se dau numai rase sau chiar coapte și diluate cu ceaiuri) și fără compuși iritanți (condimente) sau care produc fermentații (prunele, strugurii) și putrefacții intestinale (prăjiturile cu cremă, carnea etc.). Nu se dau rântașuri, sosuri, prăjeli, prăjituri de cofetărie, ciocolată, mezeluri, conserve, pește de mare etc.

În caz că bolnavul refuză sau varsă, este preferabil să se lase stomacul în repaus timp de circa o oră (medicamentele se dau sub formă de supozitoare sau injecții). Apoi, dacă sugarul primește (copilul mai mare își exprimă dorințele), i se dau lichide cu biberonul sau cu linguriță (la sugar chiar cu pipeta), în cantitate de 10-40 g odată. La copilul mare se dau cu ceașca. Dacă bolnavul primește și tolerează primele lichide înghițite, i se dau 20-40 g după 10-20 de minute. După câteva ore, se poate crește cantitatea și se lărgesc intervalele, pentru a da prilej copilului să se odihnească. Dacă nu are diaree, se adaugă în ceai sucuri de fructe (lămâie, portocale, mere, piersici, vișine, zmeură, mure). Unii copii mai mari preferă apa minerală și/sau Coca-Cola.

În ziua în care varsă nu se va da copilului să bea mult dintr-o dată, ci în cantități mici și dese. Când copilul cere să mănânce, i se pot da, în funcție de preferințe: un biscuit, câteva linguriițe de supă, puțin compot de mere, un cartof copt. Dacă cere i se va da o jumătate de ceașcă de lapte diluat. Dacă varsă din nou, mama trebuie să fie mai fermă. Nu-i va da absolut nimic timp de 2-3 ore (la sfatul medicului se poate da un medicament antivomitiv)[1] și apoi după 20-30 de minute i se vor da din nou 2 linguriițe de lichide (apă, ceai îndulcit etc.).

La copiii care refuză pentru un timp să mănânce, dar nu au vărsat, de îndată ce cer să mănânce li se vor servi, în cantități mici și progresiv crescute, alimente ușoare și care sunt preferate de copil.

• **Regimuri alimentare.** Alimentația copiilor bolnavi se grupează într-o serie de regimuri sau de diete corespunzătoare unor boli mai frecvente și anumitor perioade din evoluția lor.

• **Dieta hidrică** se recomandă în caz de diaree cu sau fără vărsături, precum și la copiii gravi care refuză să mănânce. Constă din apă cu 5-10 g glucoză la 100 ml, ceai de plante (chimen, anason, mușețel sau tei) îndulcit cu 50 g zahăr fiert în 1 000 ml de lichid, ser fiziologic (apă în care se adaugă și se fierb 9 g sare la un litru), apa de orez preparată cu 30 g de orez și cu 50 g de zahăr la 1 000 ml de lichid, Coca-Cola, Gesol (o soluție care conține la 1 litru: 20 g glucoză, 3,5 g clorură de sodiu, bicarbonat de sodiu 2,5 g și clorură de potasiu 1,5 g).

• **Dieta de tranziție** urmează dietei hidrice în tratamentul diareilor. La sugar, în primele luni, este constituită pe lângă "apa de orez", din supă de morcovi sau un amestec de făină de roșcove (Arobon, Ceratonia), în concentrație de 30-50 g la 1 000 g de lichid. La sugarul mai mare și la copilul de 1-5 ani, la aceste alimente se adaugă orezul pasat cu zahăr, merele coapte (îndulcite de la început și îmbogățite ulterior cu pesmet de pâine), pireul de morcovi etc. De dorit ca să se introducă rapid brânză de vaci și/sau carne fiartă.

• **Regimuri cu alimente-medicamente** sunt folosite în diarei și în unele boli metabolice ereditare. Dintre acestea, se citează câteva produse industriale: pulberea de morcovi, pulberea de banane. Milupa H N 25, Humana H (preparate dietetice cu o anumită concentrație a principiilor de bază ale laptelui și cu un adaos de hidrați de carbon și de pudră de banane etc.), Isomil (pe bază de soia).

• **Regimul hidro-zaharat** cuprinde ceaiuri îndulcite cu zahăr sau cu zaharină, supă de zarzavat strecurată, zeamă de orez, zeamă de compot, limonade

[1] Produsul Metoclopramid este bine tolerat și eficient.

sau oranjade, apă gazoasă, sirop. Se recomandă copiilor mai mari, febrili, care nu tolerează laptele.

• **Regimul hidro-zaharat-lactat** cuprinde în plus lapte, iaurt și brânză de vaci. El este folosit la copiii cu toleranță digestivă scăzută, în perioada de început a oricărei boli febrile.

• **Regimul lacto-hidro-zaharat-făinos** are în plus cartofi (copți, fierți, pireuri), pâine albă, biscuiți, griș, orez, dulceață, gemuri, macaroane.

• **Regimul lacto-făinos-vegetarian** cuprinde în plus față de regimurile anterioare, legume (morcovi, cartofi, pătrunjel-rădăcină, salate) fierte și fructe (crude. rase, terciuite, coapte; compoturi, dulceață sau gemuri).

• **Regimul făinos,** cu sau fără brânză de vacă și carne, este compus din: ceaiuri, pâine prăjită, biscuiți, orez, cartofi, griș, paste făinoase. Regimul se poate îmbogăți cu brânză de vaci, carne, mere coapte. Este indicat la copii mai mari după dieta hidrică în caz de dizenterie, toxiinfecții alimentare, diaree de orice natură.

• **Regimuri individualizate** se prescriu în orice boli ale nou-născuților și sugarilor, precum și în unele boli ale copilului mai mare (unele boli de rinichi, boli de inimă, diabet, hepatită epidemică, diaree cu deshidratare). Regimul este prescris, în scris, de medic, cu indicația conținutului, cantităților de alimente ce se dau în 24 de ore, după un anumit orar. Mama va măsura și cântări fiecare aliment în parte înainte de a-l pregăti și de a-l da copilului. Pe o foaie de hârtie vor nota cantitățile primite, precum și ceea ce copilul a eliminat (urină, scaune, vărsături). Copiii bolnavi se cântăresc zilnic.

• **Regimul complet** este un regim normal, care se recomandă la copiii mari, sănătoși, bolnavi de afecțiuni ușoare sau în perioada de convalescență.

7.5. Boli contagioase

7.5.1. *Rujeola (pojar, cori)*

a) **Definiție.** Este o boală foarte contagioasă, produsă de un virus și caracterizată prin febră mare, tuse, secreții nazale și oculare și o erupție caracteristică.

b) **Importanța bolii.** Sub vârsta de 2 ani, boala este urmată adesea de complicații pulmonare grave, cu o mortalitate încă destul de ridicată.

c) **Modul de transmitere.** Rujeola se transmite numai direct, de la un alt copil bolnav, care este contagios timp de 4-5 zile înainte de apariția erupției și pe toată durata erupției. Boala se transmite prin aer ("cale aerogenă"), prin picăturile de salivă, secrețiile nazo-faringiene și conjunctivale, pe care copilul le proiectează în jurul său în timpul vorbirii, tusei, strănutului.

Copiii între 1 și 10 ani sunt deosebit de receptivi. În colectivitățile de copii (creșe, grădinițe, școli) boala cuprinde aproape pe toți copiii care nu au suferit în trecut de rujeolă sau nu au fost vaccinați. După vârsta de 3 luni când dispar anticorpii transmiși de mamă (dacă ea a avut boala) copiii pot face pojar la orice vârstă. Este de dorit ca un copil să nu facă pojarul sub vârsta de 3 ani, căci până la această vârstă complicațiile sunt frecvente și grave.

d) **Incubația** este fixă, de 10-12 zile. La bolnavii care au primit gammaglobulină, incubația se poate prelungi până la 28 de zile.

e) **Invazia** (perioada catarală sau preerupția) durează 3-4 zile, până când apare erupția. Febra crește treptat, ajungând la 39-40°C. Apare catarul oculo-nazal: copilul strănută, tușește; din nas se scurge o secreție apoasă, abundentă; conjunctivele se înroșesc; pleoapele sunt ușor umflate, pe jumătate închise; ochii lăcrimează; lumina îl supără. Vocea poate deveni răgușită. Copilul pare "răcit" și boala poate fi luată drept "gripă", "guturai" sau "rino-faringită". În faza de invazie este caracteristic semnul lui Koplik; pe mucoasa obrajilor, în dreptul măselelor, apar câteva pete roșii centrate de mici ridicături albe (aspect de boabe de griș), presărate pe mucoasă. Fundul gâtului este roșu-aprins, iar pe vălul palatului se constată mici puncte hemoragice. Starea generală se înrăutățește; copilul este somnolent, refuză să mănânce. Copiii mai mari se plâng de dureri de cap și de dureri musculare.

f) **Perioada eruptivă.** Erupția (exantemul) apare pe piele după 3-4 zile de la începutul bolii, întâi după

urechi, pe față și pe gât (fig. 7.11). A doua zi petele apar și pe trunchi, iar în următoarele 2-3 zile se extind dinspre rădăcina membrelor până ajung la degete. În momentul în care erupția a ajuns la mâini și picioare, începe să pălească pe față și gât, iar febra scade. În tot timpul erupției, febra se menține mare (39-40°C).

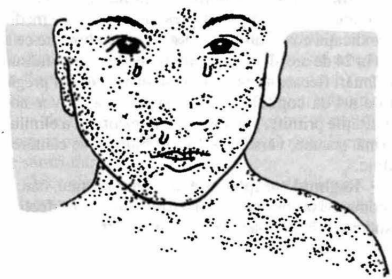


Fig. 7.11 - Rujeolă în faza eruptivă (după Florin Căruntu).

Erupția de rujeolă este formată din pete roșii de diferite mărimi, cu formă neregulată, pe alocuri confluente; între pete rămân totdeauna zone de piele sănătoasă. Petele dispar la apăsare; la pipăit se simt ușor reliefate și catifelate.

Copiii la care s-au administrat gammaglobuline în primele zile de incubație pot prezenta o erupție foarte discretă: pete mici, izolate, mai rare care uneori nu cuprind toate regiunile corpului și dispar mult mai repede.

După 3-4 zile de la apariția erupției, febra începe să scadă, erupția pălește și dispare în ordinea în care a apărut (de sus, în jos).

g) **Perioada de convalescență** începe de 6-8 zile de la începutul bolii. În locul erupției, rămân niște pete cafenii, apoi apare o descuamație fină, ca tărâța mai accentuată pe față, care durează circa o săptămână. Tusea și secreția nazală dispar treptat, după mai multe zile. Starea generală se ameliorează, copilul devine mai vioi și cere de mâncare.

În 9-10 zile boala se vindecă. În cazul copiilor cu vârsta până la 3 ani, mama beneficiază de 14 zile de concediu pentru îngrijirea copilului bolnav. Copilul de vârstă școlară poate relua activitatea școlară după 14 zile de la începutul bolii.

h) **Complicațiile** sunt frecvente mai ales la copiii până la 2 ani. După rujeolă, reactivitatea organismului scade mult, așa că infecțiile microbiene îmbracă forme grave, punând adesea în pericol viața copilului.

La un copil cu rujeolă se bănuie o complicație dacă: febra persistă sau apare din nou după ce temperatura revenise la normal timp de 2-3 zile; dacă, după ce a pălit erupția, copilul continuă să "zacă" și refuză mâncarea; dacă tusea devine mai frecventă și mai supărătoare, iar copilul geme, respiră greu; dacă se plânge de urechi sau de dureri de cap.

Pneumonia este complicația cea mai frecventă la copilul sub 2 ani. Febra persistă, tusea se accentuează; respirația devine mai frecventă, greoaie și se însoțește de geamăt.

Crupul rujeolic (laringita obstruantă) poate duce la asfixia copilului prin micșorarea sau astuparea laringelui.

Dintre *complicațiile mai puțin frecvente* se pot cita în ordinea frecvenței: stomatite, otite, pneumonii interstițiale, encefalita (rară, dar foarte gravă), vărsăturile, diareea.

Rujeola este o boală care slăbește mult capacitatea de apărare a organismului și deschide, în acest fel, drumul tuberculozei. De aceea, copiii cu tuberculoză în antecedente se vor controla ulterior prin examene medicale și radioscopii pulmonare.

i) **Tratament.** Rujeola se îngrijește la domiciliu sub supravegherea medicului. Internarea este necesară: dacă rujeola a apărut la un copil care suferea deja de o altă boală (otită, mastoidită, diaree gravă, pneumonie acută); dacă a apărut la un copil într-o colectivitate închisă (preventoriu, colonie, casa copilului, spital, grădiniță săptămânală, internat, creșă); dacă nu există condiții pentru îngrijirea în familie; dacă au apărut complicații.

α) *Tratament igieno-dietetic.* În tot timpul perioadei febrile și a complicațiilor, copilul va sta la pat. Se va evita contactul cu alte persoane care suferă de alte boli (gripă, guturai, amigdalite, infecții ale pielii).

Camera copilului nu va fi supraîncălzită, va fi bine aerisită și se va întreține o atmosferă umedă (vase cu apă pe sobă; prosoape umede lângă sobă). Când copilul prezintă catar oculonazal, lumina excesivă îl supără, așa că se va atenua lumina prin folosirea de becuri slabe, seara, și tragerea perdelelor la ferestre, ziua.

De îndată ce a scăzut febra, se face din nou baie generală.

În timpul cât este febril și copilul refuză să mănânce nu va fi forțat să mănânce, ci i se vor da cu răbdare și în cantități mici lichide din abundență. Imediat ce revine apetitul, i se poate da un regim normal, în funcție de vârstă și de preferințele sale. Este greșită părerea după care în rujeolă se ține un regim strict, fără sare, fără grăsimi și fără carne.

β) *Tratament medicamentos.* Se vor da medicamente pentru combaterea febrei: Paracetamol (sub formă de supozitoare, sirop sau tablete în funcție de vârsta copilului) sau supozitoare de Algocalmin de 0,300 g (pentru copii); calmante ale tusei (poțiuni expectorante); liniștitoare ale sistemului nervos.

În caz de complicații (bronhopneumonie, otită), se vor administra antibiotice la indicația medicului.

Dacă survine crupul rujeolic, se aplică săculeț cu sare sau mălai încălzite (schimbate des) și se duce copilul de urgență la spital.

j) **Profilaxie.** Rujeola este foarte contagioasă încă din stadiul de început, cu 3-4 zile înainte de apariția erupției, când copilul are fenomene catarale. Contaminarea unui copil sănătos de la unul bolnav cu care stă în același apartament este aproape sigură. Boala nu se transmite printr-o a treia persoană. După scăderea febrei și dispariția erupției, boala nu se mai transmite. Nu sunt necesare măsuri speciale de dezinfecție. Vaccinarea antirujeolică este obligatorie și se practică la vârsta de 9-14 luni în companii organizate de Dispensarul teritorial. În ultimul timp se practică rapelul.

Vaccinul antirujeolic poate fi administrat și în asociere cu cele antirubeolic și anti oreion (RRO = rujeolă, rubeolă, oreion) sau MRM (Masern, Roteln, Mumps, după denumirea germană).

7.5.2. *Rubeola (pojărelul)*

a) **Definiție.** Rubeola este o boală contagioasă, cu evoluție scurtă și foarte ușoară produsă de un virus. Se caracterizează prin: erupție cutanată (pe piele) și adenopatii (mărirea unor grupe ganglionare).

b) **Importanța bolii.** Rubeola este importantă prin faptul că, dacă apare la femei gravide, poate determina malformații congenitale. Boala se transmite pe cale aeriană, numai prin contact direct, prin picături de salivă de la bolnav la sănătos. Dă o imunitate solidă pe viață. Contagiozitatea bolii este redusă. Receptivitatea este mai mare la copiii între 5 și 15 ani.

c) **Incubația** este de 14-21 zile.

d) **Perioada de invazie** este scurtă (1-2 zile) sau poate lipsi. La început copilul prezintă febră mică (până la 38°C), dureri de cap, ușoară secreție nazală și conjunctivală. Mucoasa faringiană este roșie.

e) **Erupția** este de multe ori singurul semn al bolii. Este mult mai redusă decât în cazul rujeolei (uneori de-abia se observă) și se manifestă prin pete roșii-palide, care se unesc între ele. Apare mai întâi pe față, apoi se întinde pe gât, pe trunchi, și la urmă pe membre. Durează 1-3 zile. Erupția este variată, semănând adeseori cu cea din rujeolă, rareori cu cea din scarlatină. Alteori este foarte discretă și de scurtă durată. Ganglionii limfatici suboccipitali (de la ceafă) și cei laterocervicali (uneori chiar toți ganglionii) sunt măriți.

Rubeola se vindecă totdeauna fără complicații.

f) **Tratament.** Cât are febră, copilul va sta în pat. Alimentația va fi normală. Cel mult, în perioada cât are febră, se va da o alimentație mai ușoară (ceaiuri, lapte, iaurt, pireuri de legume, fructe, pâine, biscuiți, macaroane). Pentru combaterea febrei și durerilor de cap se recomandă: Paracetamol (supozitoare, tablete sau sirop) și fenobarbital tablete de 0,015 g 1-3 tablete seara.

Când copilul nu a împlinit 3 ani, mama salariată beneficiază de un concediu medical de 5 zile.

Femeile gravide care nu au avut boala în copilărie vor fi ferite să vină în contact cu copiii bolnavi de rubeolă. În caz că o femeie gravidă care nu a suferit în trecut de rubeolă vine în contact cu un bolnav de rubeolă, pe lângă urmărirea clinică va fi trimisă la un Centru de Hematologie sau la o clinică de boli infecțioase pentru dozarea anticorpilor.

7.5.3. *Varicela (vărsatul de vânt)*

a) **Definiție.** Varicela este o boală foarte contagioasă, cu evoluție ușoară. Este produsă de un virus și se caracterizează printr-o erupție veziculoasă, generalizată.

b) **Modul de transmitere.** Izvorul de infecție este copilul bolnav care este contagios pe toată durata bolii, până la apariția crustelor (14-21 de zile). Boala se transmite direct de la bolnav la sănătos, pe cale aeriană, prin secrețiile nazofaringiene eliminate prin vorbire, tuse, strănut, precum și prin conținutul elementelor eruptive. Receptivitatea la boală este foarte mare la toate vârstele, dar mai ales la copiii între 2 și 15 ani. Boala lasă o imunitate solidă și durabilă.

c) **Perioada de incubație** este în medie de 14 zile (10-21 de zile).

d) **Invazia** (perioada preeruptivă) este scurtă (1-2 zile) cu manifestări discrete: febră ușoară, dureri de cap și musculare, indispoziție. Faringele este roșu.

e) **Perioada de stare** se caracterizează prin erupția care apare în tegumente (inclusiv pielea acoperită cu păr) și ia aspectul unor pete roșii, care în câteva ore se umflă puțin (papule) și apoi se transformă în vezicule care conțin un lichid limpede, semănând cu picăturile de rouă. Către a 3-a zi, lichidul din vezicule se tulbură (devin pustule). Pustulele se transformă apoi în cruste, care se desprind în circa 7-10 zile; dacă nu au fost infectate sau rupte de copil, crustele nu lasă semne. Numărul elementelor de varicelă este variabil: uneori numai câteva (5-20), alteori sunt foarte numeroase, împrăștiate pe toată suprafața corpului. Erupția este pruriginoasă (se însoțește de mâncărime). Ea poate apărea și pe mucoase (în gură, pe conjunctive, pe mucoasa genitală). Erupția de varicelă apare în mai multe valuri, așa că în cursul evoluției bolii pe pielea copilului se găsesc concomitent elemente eruptive de toate vârstele, de la macule până la cruste (fig. 7.12).

Fig. 7.12 - Studiile evolutive ale erupției de varicelă (după Florin Căruntu).

f) **Complicațiile** cele mai frecvente sunt infecțiile secundare ale veziculelor prin microbi obișnuiți (stafilococi, streptococi etc.), favorizate de scărpinat și de lipsa de îngrijiri ale pielii: piodermită, abcese, flegmoane, stomatite, conjunctivite; rareori acestea pot duce la septicemie. O complicație gravă, dar foarte rară, este meningoencefalita varicelo-asă.

g) **Tratament.** Copilul va fi ținut în casă pe toată perioada erupției. Alimentația va fi formată la început, în perioada febrilă, din lapte, ceaiuri, supe, pireuri de legume, fructe, făinoase. Dacă pe mucoasa gurii există vezicule supărătoare, se vor da numai alimente moi. Imediat ce a trecut perioada febrilă și/sau jena la mestecat sau înghițit, copilul va primi un regim alimentar normal.

Pentru evitarea suprainfectării veziculelor se recomandă: copiii mari vor fi sfătuiți să nu se scarpine, iar celor mici li se vor înfășura mâinile în vată și tifon; se vor tăia unghiile scurt; copilul va fi spălat pe mâini cu apă caldă, săpun și peria de unghii de mai multe ori pe zi. Lenjeria de corp și de pat se va schimba zilnic; se vor folosi scutece, cămășuțe sau pijamale moi, largi, care să nu jeneze sau să strângă copilul, evitând astfel ruperea veziculelor și crustelor, pielea se va pudra cu talc sau cu mixtură mentolată; se vor curăți cu un tampon cutele și plicile pielii; se va menține o igienă riguroasă a mucoasei bucale (se va clăti, de mai multe ori pe zi, cu ceai de mușețel), conjunctivelor (instilații cu ser fiziologic), curățirea pleoapelor de secreții cu apă fiartă și răcită și a mucoasei genitale (spălare cu soluții dezinfectante slabe sau cu apă). În timpul fazelor eruptive se va face baie parțială; cu o cârpă umedă se spală zilnic zonele cu cute sau expuse la infecții (gât, subsoare, zonele genitale etc.). Spre sfârșitul bolii, când se mențin cruste puține, se poate face duș sau baie într-o cadă perfect curată.

În cazul în care copilul bolnav nu a împlinit 3 ani, mama beneficiază de un concediu de 14 zile; durata concediului se socotește de la începutul bolii.

Boala se vindecă repede și fără vreun tratament special. Când copilul își rupe crustele sau dacă veziculele se suprainfectează, rămân cicatrice.

7.5.4. *Scarlatina*

a) **Scarlatina** este o boală frecventă, mai ales la copiii școlari și de grădiniță.

b) **Modul de transmitere.** Este produsă de streptococul hemolitic. Microbul se găsește în nasul și în gâtul bolnavilor de scarlatină, convalescenților netratați

cu penicilină, bolnavilor cu angine streptococice şi purtătorilor sănătoşi. Boala se transmite de obicei prin contactul dintre bolnav sau purtător şi individul receptiv. În timpul vorbirii, râsului, strănutului sau tusei, picăturile de secreţii din nas sau gât şi salivă infectează aerul din jurul bolnavului, dar şi obiectele, alimentele, lenjeria. De cele mai multe ori, însă, boala se ia direct; un copil bolnav sau un purtător sănătos poate declanşa o epidemie ce poate cuprinde o mare parte din elevii unei clase. De aceea, orice bolnav de scarlatină se izolează la domiciliu (dacă sunt condiţii corespunzătoare) sau se internează într-un spital de boli contagioase.

c) **Incubaţia** durează 2-7 zile şi este fără simptome.

d) **Invazia** este scurtă, durând 12-36 de ore. Boala începe brusc, de obicei cu temperatură mare (38-40°C). Debutul febrei se însoţeşte de vărsături la copiii mici şi de frison la şcolarii mari. Copiii mai mari se plâng de dureri vii în gât, înghit greu, se simt rău, au dureri de cap şi de burtă, sunt agitaţi, câteodată delirează.

e) **Enantemul sau angina scarlatinoasă** se caracterizează prin: fundul gâtului este roşu "ca focul", amigdalele se măresc, se roşesc şi uneori se acoperă de depozite alburii de puroi, ca nişte puncte albe; vălul moale şi omuşorul sunt roşii, tumefiate. Limba este încărcată, cu marginile şi vârful roşu. Ganglionii din regiunea gâtului sunt măriţi şi dureroşi la pipăit.

f) **Perioada de stare** (eruptivă) începe cu erupţia sau exantemul scarlatinos care apare în mod obişnuit la 24-36 de ore de la începutul bolii, mai întâi în zonele cu piele mai subţire (plicile cotului, regiunea inghinală, părţile laterale ale gâtului şi trunchiului, axile). Ea rămâne mai accentuată în zonele unde a apărut mai întâi. Erupţia este roşie, întinsă pe suprafeţe mari; dispare la presiune; la pipăit este aspră, ca pielea de găină. În formele grave erupţia este hemoragică. La plicile coatelor, abdomenului, genunchilor apar nişte dungi subţiri roşu-violacee, care nu dispar la presiune.

Adesea erupţia apare şi pe faţă: cuprinde obrajii care devin roşii-aprinşi cu benzi roşii stacojii (aspect pălmuit al feţei), în timp ce buzele, bărbia şi zona din jurul nasului rămân palide.

Erupţia se generalizează în 2 sau 3 zile, rămâne la fel timp de 1-2 zile, apoi descreşte în 2 zile. Durează în total 5-7 zile. Câteodată erupţia este uşor pruriginoasă (produce mâncărime), mai ales la început.

g) **Evoluţia enantemului.** Aşa cum s-a arătat mai sus, enantemul apare înaintea erupţiei şi persistă; amigdalele, pilierii, vălul palatului, faţa internă a buzelor rămân roşii vii, cu depozite de puroi. Roşeaţa care la început era numai pe vârful şi pe marginea limbii, cu fiecare zi se întinde spre centrul acesteia. Treptat limba se descuamează de stratul gros, alburiu cu care era acoperită. Spre a 5-a zi, la sfârşitul erupţiei, limba este roşie închis, presărată de papile, cu aspect "zmeuriu". Către a 10-a zi, limba este lucioasă, lăcuită; din a 12-a - a 15-a zi îşi recapătă aspectul normal.

Febra oscilează între 39°C şi 41°C în tot timpul perioadei eruptive şi începe să scadă spre a 5-a zi; mai rar rămâne puţin ridicată până spre a 10-a zi. De obicei revine la normal în a 7-a zi.

h) **Perioada de descuamare.** După dispariţia erupţiei, apare o descuamare caracteristică; mai întâi pe faţă şi trunchi sub formă de scuame mici, apoi pe tălpi şi picioare unde scuamele sunt mari, uneori ca nişte lambouri.

i) **Complicaţiile** se mai observă în scarlatinele nediagnosticate la timp. Survin fie la începutul bolii, fie în cursul celei de a 3-a săptămâni de boală. *Otita* are de obicei o evoluţie spre supuraţie. *Complicaţiile renale* au devenit rare; nu toţi streptococii A beta-hemolitici ce pot produce scarlatină sunt susceptibili de a determina o nefrită. *Reumatismul scarlatinos* poate fi *precoce* (apare în timpul erupţiei) şi *tardiv* (survine din a 14-a - a 25-a zi de la debut), îmbrăcând forma de reumatism articular acut. Se poate însoţi de atingerea inimii şi trebuie tratat corect (în spital).

Recăderea în scarlatină se produce în perioada de convalescenţă a bolii. Este indicat ca la toţi membrii familiei unui copil cu scarlatină să se facă examenul de laborator pentru depistarea streptococului şi să se dea Penicilina V în scop preventiv.

j) **Tratament.** Copiii bolnavi se internează obligatoriu în spital timp de 7-10 zile, pentru izolare şi tratament. Antibioticul cel mai eficace este penicilina. La ieşirea din spital se administrează o penicilină-depozit, Moldamin (benzatin-penicilină), în doză de 600 000 U. Pentru prevenirea reinfecţiilor sau a complicaţiilor, penicilina-depozit (Moldamin) se repetă la 10 zile de la externare.

Eritromicina se foloseşte în locul penicilinei, dar numai în caz de alergie la penicilină.

În primele 10 zile de boală se recomandă repaus la pat. După aceea copilul rămâne în casă până în a 14-a - a 21-a zi de la începutul bolii şi este urmărit în

continuare de pediatru - medicul de familie - până la 30 de zile de la începutul bolii.

Se urmărește urina, prin examene de laborator ce se fac la începutul bolii și apoi săptămânal timp de 30 de zile.

Se consideră vindecat un copil dacă după 21 de zile de la începutul bolii, la două examene bacteriologice consecutive ale exsudatului faringian nu s-a mai depistat streptococul hemolitic, dacă examenele de urină au fost normale și dacă la examenul clinic general nu se constată nici o modificare patologică.

Regim alimentar. În primele zile de boală, când copilul are febră mare, cu stare generală alterată, se plânge de dureri în gât și nu are poftă de mâncare i se va da numai regim hidrozaharat-lactat. Pe măsură ce apetitul revine și toleranța digestivă crește (nu mai varsă, nu are grețuri, nu se plânge de dureri abdominale), febra scade și starea generală se ameliorează se va lărgi și regimul alimentar, dându-i-se în plus derivate de lapte, carne rasol, orice făinoase. După câteva zile de afebrilitate și dacă urina este normală, se va da un regim alimentar normal.

Nu se recomandă regimul fără sare în forma comună de boală.

Introducerea antibioticelor (penicilină) a schimbat esențial evoluția bolii care este mai scurtă și complicațiile au devenit excepționale.

7.5.5. *Tusea convulsivă (tusea măgărească)*

a) **Tusea convulsivă** este o boală infecțioasă și contagioasă, caracterizată zilnic printr-o tuse chinuitoare, caracteristică, ce durează câteva săptămâni. Germenul care o produce este un cocobacil numit *Haemophilus pertusis* sau Bordetella pertusis.

Izvorul de infecție îl constituie bolnavul de tuse convulsivă, care este contagios timp de 6 săptămâni de la începutul bolii. Transmiterea se face direct, prin aer, prin picăturile ce se proiectează în timpul tusei. Contagiozitatea bolii este foarte mare. Atinge îndeosebi copiii, din momentul nașterii și până la 7 ani. Nounăscutul nu are imunitate transmisă de la mamă. La sugar boala îmbracă o formă gravă, dacă nu a fost vaccinat. De asemenea, este gravă la orice copil debilitat. Gravitatea bolii se datorește intensității spasmului tusei, bronhopneumoniilor secundare, reacțiilor encefalitice. La adulți, boala se întâlnește foarte rar. Îmbolnăvirea lasă imunitate solidă și de durată.

b) **Incubația** durează între 7 zile și 14 zile. În timpul incubației nu apare vreun semn deosebit.

Boala evoluează în 3 faze.

c) **Faza de invazie** (de debut, catarală) durează 7-10 zile. Începutul este înșelător, asemănându-se cu o infecție banală a nasului și gâtului. La început tusea este necaracteristică, dar devine din ce în ce mai frecventă și rebelă la calmantele tusei. În acest stadiu boala este greu de recunoscut. Din păcate, în zilele respective contagiozitatea bolii este cea mai mare.

d) **Faza de chinte** (de stare, stadiul convulsiv). Tusea devine din ce în ce mai frecventă, spastică, până apar accesele caracteristice: copilul tușește sacadat, de 10 până la 20 de ori, din ce în ce mai repede până ce respirația se oprește în expirație; copilul se roșește și chiar se învinețește; este ceea ce se numește *chintă.* După mai multe sacade de tuse urmează o inspirație profundă, șuierătoare, pe care autorii au asemănat-o cu zbieretul de măgar, cântecul de cocoș sau cu cotcodăcitul găinilor; etapa inspiratorie poartă numele de *repriză.* Mai multe chinte și mai multe reprize formează un *acces de tuse.* Accesul de tuse este zguduitor, chinuitor, copilul se agită, este roșu la față. Accesul se termină cu o expectorație constituită din

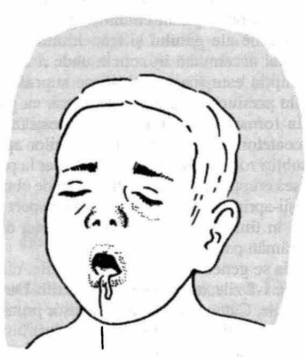


Fig. 7.13 - Copil cu acces de tuse convulsivă.

secreții și mucozități alburii, vâscoase, lipicioase, de multe ori copilul varsă. Accesele de tuse sunt variabile ca număr; în formele ușoare câteva, în formele grave de zeci de ori, mai ales noaptea spre dimineață. Apogeul frecvenței este spre a 3-a săptămână a bolii.

În intervalul dintre accese, starea copilului este bună. Temperatura este normală; în caz că apare febră, trebuie bănuită o complicație.

Din cauza efortului de tuse copilul lăcrimează, are conjunctivele roșii, pleoapele sunt umflate, iar fața se buhăiește. La copiii la care au apărut incisivii inferiori, se poate produce o ulcerație a frâului limbii, semn caracteristic al bolii. Uneori crizele apar la alimentație, plâns, schimbări de temperatură, fum etc.

e) **Faza de convalescență** (de declin) apare spre a 5-a săptămână și se caracterizează prin rărirea și atenuarea acceselor de tuse. Totuși în lunile care urmează, cu ocazia infecțiilor banale ale căilor respiratorii, tusea reapare, îmbrăcând alura convulsivă. Copiii mai nervoși pot tuși în acest fel multă vreme.

f) **Diagnostic.** În caz de crize tipice de tuse diagnosticul este ușor de precizat.

În schimb în formele atipice, ușoare, care survin de obicei la copiii vaccinați, diagnosticul diferențial este dificil. Unele pneumonii virale se confundă adesea cu tusea convulsivă (tuse asemănătoare, prelungită, leucocitoză, limfocitoză). De asemenea, se poate confunda cu mucoviscidoza.

g) **Complicații.** Apar mai ales la sugari, la care boala este foarte gravă. Dacă febra depășește 38,3°C se poate bănui o complicație pulmonară (bronhopneumonie, atelectazii, emfizem mediastinal, diseminarea unei tuberculoze preexistente, bronșiectazie), se pot ivi hemoragii (epistaxis, hemoptizie, hemoragii ale conjunctivelor, hemoragii cerebrale), toate fiind de origine mecanică. Convulsiile (excepțional de rare) pot fi date de asfixie sau de hemoragii cerebrale; pot apărea de asemenea în cadrul encefalitei. Cea mai frecventă cauză de deces este pneumonia.

h) **Profilaxie.** Tusea convulsivă este o boală cu declarare obligatorie. Izolarea la domiciliu se impune timp de 30 de zile de la începutul chintelor sau 5-6 săptămâni dacă a fost surprinsă din faza de invazie.

Vaccinarea este mijlocul cel mai eficace de profilaxie. La noi în țară, vaccinarea antipertusis (A.P.) se face cu vaccin asociat (Di-Te-Per - Difteric-Tetanic-Pertusis). Părinții sunt datori să se prezinte la medicul de familie atunci când se planifică vaccinarea respectivă.

Rareori se întâlnesc incidente și accidente după vaccinare. La copiii la care după prima sau a doua vaccinare cu Di-Te-Per a apărut un simptom neurologic, se va face în viitor bivaccin (Di-Te). De altfel, este recomandabil ca la copiii care au "suferit" la naștere (scorul Apgar mic) să se facă vaccin fără fracțiunea Pertusis (Per).

i) **Tratamentul** se face cu antibiotice și cu medicamente liniștitoare ale tusei.

Antibioticele care s-au folosit în tratamentul tusei convulsive sunt *eritromicina* și *ampicilina*. Ampicilina este cel mai bine tolerată de sugari, dar este mai puțin eficace decât eritromicina sau rovamicina, care se folosesc, de preferință, în ultimul timp. Durata tratamentului este minim 8 zile.

În ceea ce privește medicamentele liniștitoare ale tusei, lista este lungă; din păcate eficacitatea lor este foarte redusă, iar multe dintre ele sunt contraindicate la sugar și copilul mic. Se vor evita supradozările și prescripțiile de medicamente asociate, pentru că pot duce la deprimarea centrilor respiratori, stare de somnolență permanentă. Alimentația va fi formată mai mult din lichide, dar cu valoare nutritivă corespunzătoare. Se vor da mese mai dese; după chintă se va încerca să se dea copilului să mănânce.

j) **Complicațiile** sunt grave și se tratează în spital. Complicațiile pulmonare sunt cele mai frecvente; cele nervoase sunt mult mai rare, dar foarte grave.

7.5.6. *Oreionul (parotidita epidemică, infecția urliană)*

a) **Oreionul** este o boală infecțioasă și contagioasă, produsă de virusul urlian, caracterizată clinic prin inflamația nesupurativă a glandelor salivare și, uneori, a altor țesuturi și organe (pancreas, sistemul nervos, testicule). De obicei se localizează la glandele parotide (de aici se trage și numele de "parotidită"), situate la unghiul mandibular, sub urechi.

b) **Izvorul de infecție** este numai omul bolnav. În general, boala se răspândește prin salivă și secrețiile nazo-faringiene ce ajung la copil prin nas sau gură, mai rar prin obiecte contaminate.

Un bolnav contagios din ultimele 2-6 zile de incubație și timp de circa 2 săptămâni după instalarea bolii.

c) **Receptivitate.** Boala este foarte rară la sugar și la copilul mic. Peste vârsta de 2 ani se întâlnește mai des, având maximum de frecvență la școlarii mari și la adulții tineri (12-25 de ani). Copiii care frecventează de timpuriu colectivitățile (grădinița) fac boala între 3 și 7 ani.

Oreionul lasă o *imunitate solidă și durabilă*, reîmbolnăvirile fiind excepționale.

d) **Perioada de incubație** este de 14-21 zile, cu limite extreme de 9-25 de zile.

Începutul bolii este de obicei lent cu febră mică sau moderată (37,8-38,5°C), oboseală, dureri de cap și scăderea poftei de mâncare; uneori dureri articulare sau musculare.

În formele severe de boală, debutul este uneori brusc, cu febră 39-40°C, vărsături, dureri de gât și în zona glandelor parotide.

e) În **perioada de stare** apare o tumefacție a feței, situată înaintea și dedesubtul urechilor. Tumefacția (umflătura) este localizată la început la o singură parte, apoi apare, de obicei, și la partea opusă. Uneori este nedureroasă, alteori este foarte sensibilă. În timpul masticației și înghițitului, copilul simte o durere vie în gât cu iradiere spre urechi, ceea ce impune o alimentație lichidă sau semisolidă. Boala poate cuprinde și celelalte glande salivare (glandele submaxilare și sublinguală).

Meningita urliană. Rareori (circa 10% din cazuri) copilul se plânge de dureri de cap și varsă, dovezi ale unei iritații meningiene. Din fericire, meningita urliană, este, de obicei, fără gravitate și nu lasă urme.

La băieți la pubertate și la tineri (14-25 de ani) oreionul poate atinge testiculele *(orhita)* determinând umflarea, roșirea și o durere penibilă a acestora. Când afectează ambele testicule, poate fi urmată de sterilitate. Se recomandă repaus strict la pat, comprese reci locale și aplicarea unui suspensor. Acesta se confecționează dintr-o bucată de carton gros, dreptunghiular, de 15-30 cm, cu o scobitură în V la una din laturile mari și căptușit bine cu vată și apoi cu tifon. Suspensorul se așează pe coapsele bolnavului, iar testiculele sunt sprijinite deasupra, pe suspensor.

Pancreatita apare rar. Copilul varsă, are greață și se plânge de dureri abdominale localizate în etajul superior al abdomenului. Pancreatita evoluează către vindecare totală. Se citează cazuri de diabet zaharat după parotidită.

f) **Diagnosticul** de parotidită epidemică este uneori greu de precizat. Se poate confunda, mai ales la început, cu tumefierea ganglionilor gâtului din cursul infecțiilor faringiene. De aceea, diagnosticul nu poate fi precizat decât de către medic.

g) **Tratament.** Copilul cu oreion se izolează și se tratează la domiciliu. Internarea se face numai în caz de complicații (meningită, orhită). Nu există un tratament care să distrugă virusul. Pentru prevenirea complicațiilor, se recomandă repaus la început la pat, și spre sfârșitul bolii în casă obligatoriu, pe toată durata bolii.

Dieta se fixează în funcție de febră, de durerile la înghițit și de toleranța digestivă. În forme ce încep cu febră mare și dureri de gât se recomandă lichide în cantități mici și repetate, la temperatura camerei (ceaiuri moderat îndulcite, supe strecurate, sucuri de fructe, zeamă de compot, lapte). Pe lângă acestea în primele 7-10 zile se va menține un regim cu lapte și derivate, vegetale, carne rasol.

Se vor evita mesele prea copioase, *excesul de grăsimi și de dulciuri.*

Din cauza reducerii mișcărilor de masticație și a febrei, în gură se poate dezvolta o candidiază, așa că este bine ca bolnavul să bea cât mai multe lichide și să-și clătească gura de mai multe ori cu ceai de mușețel, cu bicarbonat de sodiu și/sau să se pună în gură picături de glicerină cu stamicină.

Febra, durerea și agitația se combat cu: Paracetamol, Algocalmin. Împotriva neliniștii se poate administra sirop de Romergan pentru uz infantil (1-4 linguriță).

În caz de vărsături, la copiii între 2 și 5 ani, se pot administra Metoclopramid (1 1/2 picături pe kg/corp/24 ore, divizat în 2-3 prize), cu prudență, mai rar, poțiuni sau supozitoare cu Clordelazin, iar peste 5 ani supozitoare cu Emetiral pentru copii (0,005 mg).

Oreionul durează 5-12 zile. Copilul poate fi adus în colectivitate după 14-21 zile, când a dispărut tumefacția.

În marea majoritate a cazurilor, boala se vindecă fără urmări. Copiii mici fac forme ușoare.

7.5.7. *Hepatitele virale*

Hepatitele virale sunt boli ale ficatului cauzate de virusuri. Se deosebesc trei forme clinice: *hepatita A, hepatita B* și *hepatita C*. Primele două sunt cele mai frecvente.

Trebuie amintit că, pe lângă acestea se întâlnesc (rar) hepatitele produse și de alte virusuri: Ebstein-Barr, citomegalic, herpetic (mai ales în perioada neonatală), coxsackie, febra galbenă, leptospiroza etc.

Simptomele sunt asemănătoare indiferent de virusul hepatic.

Hepatita A se manifestă de cele mai multe ori prin semne nete, acute, în timp ce hepatita B provoacă simptome mai insidioase.

Faza preicterică poate să dureze o săptămână, simptomele sunt variate și divers asociate: febră, dureri de cap, vărsături, dureri abdominale, diaree, erupție cutanată, urticarie, dureri ale articulațiilor.

Ficatul este mărit de volum și dureros la palpare.

Icterul apare în cele mai multe cazuri, însă nu este obligatoriu. Este de intensitate variabilă. Se traduce prin îngălbenirea pielii și mucoaselor (conjunctive etc.). Se însoțește de *decolorarea materiilor fecale și de urină brună.* Durează mai puțin de 4 săptămâni.

- **Hepatita A**

Epidemiologie și tratament. Este cea mai frecventă și de cele mai multe ori cu evoluție bună. Particula virală este eliminată prin materii fecale în timpul perioadei de incubație (2-4 săptămâni) și timp de circa 50 de zile după apariția icterului (riscul cel mai mare al transmiterii).

Contaminarea se face pornind de la materiile fecale ale bolnavului (mâini murdare, muște), fructe de mare, crustacee (scoici, stridii etc.) pescuite din ape murdare, alimente contaminate (fructe, zarzavaturi). De cele mai multe ori se transmite prin apă contaminată (conducte defecte, consum de apă din izvoare și râuri murdare, apă contaminată, folosită la spălarea zarzavaturilor). Copiii și tinerii sunt foarte receptivi. Boala conferă imunitate specifică la virusul A, nu și la alte virusuri (B și C).

Semne clinice. Majoritatea hepatitelor produse de virusul A la copil au o evoluție simplă, uneori chiar fără icter. Debutul se manifestă ca un sindrom gripal însoțit de manifestări digestive (grețuri, lipsă de poftă de mâncare, vărsături). Diagnosticul este precizat de medic prin examenul ficatului (mărit, dureros) și de investigații de laborator.

În forma tipică, perioada inițială durează o săptămână, cu febră moderată, lipsă de poftă de mâncare, grețuri, vărsături, pierderea vioiciunii și câteodată la copiii mai mari dureri abdominale și diaree.

În faza de stare, apare icterul care se însoțește de urini închise la culoare și de scaune decolorate. Medicul constată că ficatul se mărește și devine dureros. Câteodată apare și o mărire a splinei (splenomegalie). Tabloul clinic se poate completa cu o erupție maculoasă (pete), dureri ale articulațiilor și uneori chiar o inflamație a articulațiilor (artrită).

Evoluție. Faza icterică a hepatitelor virale durează rareori mai mult de 4 săptămâni. Persistența icterului obligă pe medic să caute o complicație sau o altă cauză. Alterarea stării generale cu accentuarea icterului sau apariția unei ascite (lichid în abdomen) și/sau a unei tulburări în coagularea sângelui, corespund unei hepatite mai grave sau, în mod excepțional fulminantă. Faza de convalescență a hepatitei virale este variabilă și se întinde pe o perioadă de 1 până la 3 luni. Nu evoluează spre hepatită cronică activă.

Semne de laborator. Medicul urmărește: creșterea bilirubinei conjugate (după cel mult 4 săptămâni revine la normal), creșterea tranzitorie a transaminazelor (constituie câteodată singurul indice al unei hepatite anicterice[1], timpul de protrombină (prelungit) poate fi rapid corectat printr-o doză injectabilă unică de vitamina K; formarea de anticorpi este crescută în faza acută.

Tratamentul. Potrivit legislației actuale, orice caz de hepatită virală se internează în spital, unde tratamentul este fixat de către medic în funcție de forma de boală și de vârsta copilului.

Trebuie spus însă că s-a constatat că nu există *încă* probe că regimul alimentar restrictiv și nici repausul riguros influențează evoluția pe termen scurt și prognosticul. De îndată ce starea copilului se ameliorează, apetitul și toleranța digestivă revin, se va trece treptat, dar rapid la alimentație normală, din care însă să nu lipsească principiile alimentare de bază: hidrocarbonatele (dulciuri, făinoase, zarzavaturi, fructe etc.), proteinele (laptele, brânza de vaci, carnea, peștele

[1] Corelația dintre gradul creșterii transaminazelor și severitatea atingerii hepatice nu este bună, în afară de situațiile în care cifrele transaminazelor depășesc 3 000 până la 5 000 unități/litru.

proaspăt, ouăle), grăsimile vegetale (uleiul, margarina) şi animale (untul) şi vitaminele.

Prevenirea constă în formarea şi păstrarea unor deprinderi igienice ca: spălarea mâinilor înainte şi după masă, tacâmuri bine spălate şi cu folosire individuală etc. De ordin colectiv se impun: apă de băut necontaminată, closete curate şi dezinfectate zilnic, spălarea robinetelor, educarea populaţiei de a nu consuma apa din fântâni infestate, ape curgătoare, fructe şi zarzavaturi nespălate.

În primele 48 de ore de la expunere, injecţia de imunoglobuline hiperimune previne hepatita în circa 75% din cazuri. Înainte de introducerea vaccinului inactivat, o astfel de injecţie era folosită şi ca prevenire pre-expunere, mai ales în caz de călătorii mai lungi de o săptămână în zone epidemice. *În prezent, se preferă vaccinarea cu vaccinuri disponibile.* În ultimul timp vaccinarea cu vaccin anti-A se practică şi la noi la indicaţia medicului.

- **Hepatita B**

Epidemiologie

Contaminarea prin virsul hepatitei B se face prin cale *sanguină* (transfuzie, injecţii), *sexuală* şi *materno-fetală* la naştere. Virusul fiind prezent în toate secreţiile, intimitatea contactelor măreşte mult şansele de transmitere. Copiii crescuţi în instituţii (casa copilului, creşe etc.), hemodializaţii (exsanguinotransfuzaţii la naştere din cauza incompatibilităţii sanguine Rh), hemofilicii şi toţi copiii care necesită transfuzii repetate prezintă riscul de a fi contaminaţi prin virusul hepatitei B. Perioada de incubaţie este variabilă, între 3 şi 10 săptămâni; totuşi în caz de transfuzie masivă cu particule virale, incubaţia nu depăşeşte o săptămână. În ţările occidentale, cifra purtătorilor de antigen al hepatitei B (HB_s) este sub 1%. La noi în ţară, prin introducerea obligatorie a seringilor de unică folosinţă şi a perfecţionării controalelor sângelui la centrele de transfuzie, hepatita virală B este în continuă scădere. Utilizarea de *globuline hiperimune* (0,5 ml/kg) este recomandată la persoanele care, prin contact sexual sau injecţie, au fost expuse secreţiilor unui purtător de hepatită B. O a doua doză este recomandată la o lună mai târziu. Imunizarea activă prin vaccin este indicată în toate grupele cu risc crescut (nou-născuţi, sugari, preşcolari, copii internaţi în instituţii pentru copii sănătoşi sau bolnavi).

Transmisiunea materno-fetală. De obicei infecţia la nou-născuţi este tipică: fără semne de boală şi evoluează, într-un mare număr de cazuri spre o formă cronică.

Virusul este transmis la mamă prin sânge şi raporturi sexuale. De aceea, infecţia este mai frecventă la familiile cu copii nelegitimi, la toxicomani, prostituate, homosexuali, parteneri sexuali ocazionali. Riscul ar fi de 5 la 10%. Nou-născutul poate să tolereze bine virusul B şi produce în mod obişnuit o antigenie în decurs de 6 la 8 săptămâni după naştere. Totuşi dacă transmiterea materno-fetală are loc în cursul celui de al treilea trimestru sau dacă mama are un profil epidemiologic de evolutivitate (HBsAg, anti-HBc, HBeAg) nou-născutul poate prezenta o hepatită clinică şi, câteodată, chiar o formă fulminantă. Hepatita fulminantă poate să se observe la nou-născut în urma administrării de sânge sau de plasmă contaminată.

Toţi nou-născuţii ieşiţi din mame HbeAg pozitive trebuie deci să primească imediat de la naştere o injecţie de globuline hiperimune cu o primă doză de vaccin.

Această injecţie trebuie repetată după 4-6 săptămâni în cursul programului de vaccinări (3 injecţii la 1 lună interval).

Diagnosticul de hepatită B se bazează pe datele epidemiologice (mamă bolnavă, transfuzii, injecţii practicate cu instrumente nesterilizate etc.), pe semnele clinice şi mai ales pe analize serologice (antigeni HB_s şi HB_e şi anticorpi anti-HB_s, -HB_c, -HB_e). În cursul hepatitei B se produce nu numai un răspuns umoral, ci şi un răspuns al imunităţii celulare. Formarea de complexe imune poate să complice boala şi să modifice manifestările clinice. Boala se prezintă în 10-15% din cazuri numai ca o boală serică, fără semne clinice obiective.

La copil, boala poate îmbrăca o formă mai aparte cu febră, mărirea ganglionilor şi erupţie papuloasă a extremităţilor.

Contrar hepatitei virale A un procentaj însemnat de copii care au suferit de o hepatită virală B rămân purtători şi pot transmite boala. Atingerea ţesuturilor este de gravitate variabilă şi nu poate fi prevăzută după cifra transaminazelor.

Evoluție și prognostic

* *Evoluția benignă.* Într-o foarte mare majoritate a cazurilor, există *restutio ad integrum,* cu toată severitatea aparentă a îmbolnăvirii. De notat că într-un număr oarecare de cazuri poate surveni o recădere în cursul celor de a 10-a a 12-a săptămâni de la debutul icterului.

* *Evoluția fatală.* Într-un număr mic de cazuri (sub 1/1 000) evoluția este fulminantă și fatală în câteva zile sau după o deteriorare mai mult sau mai puțin rapidă. În astfel de cazuri singurul tratament este transplantul hepatic.

* *Evoluția cronică.* Numai câțiva bolnavi cu atingere severă evoluează spre stadiul de hepatită cronică persistentă, de hepatită cronică activă.

Prevenire. În ultimul timp, la noi în țară, toți nounăscuții și sugarii sunt vaccinați cu vaccin anti Hepatita B. De asemenea, se practică vaccinarea la grupurile cu risc crescut: copiii îngrijiți în creșe, grădinițe săptămânale, hemofilicii, politransfuzații cu sânge, anturajul indivizilor cu HBsA pozitiv, partenerilor sexuali ai persoanelor cu HBsAg pozitiv, toxicomanii și toți cei care călătoresc în regiuni endemice.

• **Hepatita C**

Este o boală încă insuficient cunoscută. Este bănuită când creșterea transaminazelor este foarte mare. Este produsă de un virus recent izolat.

Diagnosticul se face pe baza unui examen serologic. Anticorpii dispar în forma acută, dar persistă în infecția cronică.

Epidemiologia nu este prea bine cunoscută; totuși majoritatea infecțiilor par să fie asociate cu transfuziile. Această cale de transmitere poate fi eliminată prin depistarea tuturor donatorilor de sânge. Schimbul de seringi printre toxicomani implică alte căi de transmitere. Transmiterea pe cale sexuală ca și pe cale verticală (mamă-făt) pare să existe, dar sunt rare, în comparație cu hepatita B.

Tratamentul nu diferă de cel aplicat în cazul hepatitei B. Interferonul este eficace în cel mult 75% din cazuri.

• *Hepatita cronică*

Se definește printr-o atingere inflamatorie a ficatului, a cărei evoluție este peste 3 luni.

Debutul poate fi insidios sau să fie urmarea unei hepatite acute.

Puncția-biopsia ficatului este fundamentală; de rezultatele ei depind diagnosticul și tratamentul.

Hepatita cronică persistentă se manifestă prin oboseală și lipsa poftei de mâncare. Câteodată copilul nu se plânge de nici o tulburare. Cifra transaminazelor rămâne ridicată. Volumul ficatului este mărit. Câteodată se constată subicter și mărirea splinei.

Biopsia ficatului confirmă diagnosticul histologic. Prognosticul este bun. Nu este necesar vreun tratament. Copilul va duce o viață obișnuită, alimentația va fi normală, corespunzătoare vârstei, având grijă ca dieta zilnică să conțină proteine (carne, lactate sau pește), hidrocarbonate (fructe, zarzavaturi, făinoase, dulciuri) și grăsimi (unt, margarină, ulei). Regimurile alimentare restrictive sunt inutile.

Hepatita cronică activă (agresivă) nu are o cauză cunoscută. Virusurile B și C sunt de obicei la originea acestei boli. De asemenea, unele medicamente au fost făcute responsabile: isoniazida etc. Câteodată este asociată cu boli "auto-imune".

Fetele sunt afectate de 3 ori mai mult decât băieții.

Simptomele sunt: icter, oboseală, febră, lipsă de poftă de mâncare, slăbire, dureri articulare, mâncărimea pielii.

Volumul ficatului și al splinei sunt mărite. Pe piele pot apărea steluțe vasculare, acnee.

Semnele de laborator sunt importante: creșterea gamaglobulinelor, anomalii care sunt în cadrul bolilor auto-imune (anticorpii antinucleari, testul Coombs pozitiv etc.). Testul HBsAg ("antigenul australian") este uneori pozitiv.

Diagnosticul este precizat de puncția-biopsie a ficatului.

Tratamentul este îndelungat în și sub controlul unei clinici de specialitate.

7.5.8. *Tuberculoza*

Tuberculoza este provocată de un microb în formă de bastonaș, numit bacilul Koch[1], care poate infecta toate organele corpului, dar cel mai frecvent plămânii. Nu toți copiii infectați cu bacilul Koch se îmbolnăvesc de tuberculoză.

[1] După numele medicului german Robert Koch (1843-1910) descoperitorul acestui microb (1882).

Transmiterea bolii poate avea loc în apropierea copiilor cu un adult care elimină prin tuse microbul tuberculozei în mediul înconjurător (locuință, școală, lift, coridorul blocului, autobuz, tramvai, tren etc.). Alteori (rar este adevărat) sputa infectată, ajunsă pe obiecte de uz personal sau pe jucării se usucă, iar microbii se pot prinde de părticele de praf, pătrunzând prin inspirație în plămâni. Când copilul este contaminat, microbul străbate căile respiratorii și produce o mică leziune pulmonară. În acest moment, dacă se face intradermoreacția la tuberculină, aceasta devine "pozitivă". Leziunea pulmonară însoțită de pozitivarea intradermoreacției poartă numele de "infecție primară" sau "primoinfecție". De îndată ce reacția la tuberculină devine pozitivă, este prudent să se facă o radiografie pulmonară. De cele mai multe ori, primoinfecția tuberculoasă nu este manifestă, nu se însoțește de nici un simptom, trece neobservată. În alte cazuri, copilul face febră (37,5-38-38,5°C) este indispus, tușește, nu are poftă de mâncare, scade în greutate, devine palid.

Nu există o vârstă de predilecție pentru primoinfecția tuberculoasă. Se produce când un organism neatins de infecție sau nevaccinat cu BCG este contaminat prin una din modalitățile enumerate mai sus. Efectul protector al vaccinului este considerabil.

Infecția tuberculoasă la sugar și chiar la copilul mic poate da forme grave. Primoinfecția este inevitabilă. Dacă nu se iau precauțiile necesare (vaccinare BCG, depistare precoce, tratament corespunzător), bacilul Koch produce diseminări întinse în cei doi plămâni și câteodată meningita tuberculoasă, forme de tuberculoză care pot pune în pericol viața copilului.

Este mai ușor și mai bine să se prevină, decât să se vindece tuberculoza copilului!

A. *Prevenirea tuberculozei* se rezumă la câteva precauțiuni fundamentale:

a) Să se vaccineze cu B.C.G. nou-născutul. Rolul protector al vaccinului B.C.G. intervine la 2 luni după vaccinare.

b) Dacă în familie există bolnavi de tuberculoză, nou-născutul și sugarul vor fi feriți de orice contact cu aceștia: separarea copilului în altă casă; internarea în Leagănul de copii; internarea persoanei bolnave într-un sanatoriu T.B.C. Cel internat în sanatoriu nu va mai reveni în familie decât după "negativarea" sputei.

c) În orice familie în care se naște un copil, persoanele care au suferit în trecut de tuberculoză și sunt "scoase din evidență" vor merge din nou la Dispensarul antituberculos teritorial (județ sau sector) pentru un control riguros.

d) Să nu se piardă din vedere posibilitatea unei contaminări din anturajul oricărui copil. Un vechi bolnav, o rudă apropiată, un vizitator întâmplător sau o persoană în vârstă cu "bronșită cronică" sunt foarte adesea sursele de îmbolnăvire a copilului. *Examenul radiologic este obligatoriu la orice persoană străină angajată să îngrijească copilul.*

e) *Intradermoreacția la tuberculină* constă în injectarea în piele ("intradermic") a unei tuberculine purificate "P.P.D." *(Protein Purified Derivative),* preparată de Institutul "Dr.I.Cantacuzino" din București.

Intradermoreacția la tuberculină se face în scop diagnostic de către cabinetele de ftiziologie sau de pediatrie:

– în scop diagnostic la copiii care sunt bănuiți că suferă de tuberculoză;

– la contingentele de copii prevăzute în calendarul de vaccinări, pentru selecționarea copiilor ce trebuie revaccinați cu B.C.G.;

– la copiii preșcolari, cu ocazia intrării în colectivități;

– la orice copil în vârstă de 0-10 ani, dacă în familia respectivă s-a descoperit un caz de tuberculoză;

– în mod periodic, la indicația pediatrului de la dispensarul T.B.C., la copiii care au în familie cazuri de tuberculoză în "evidența" dispensarului antituberculos;

– în cadrul examenului de bilanț al stării de sănătate a copiilor preșcolari și școlari (Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 182/1975), cu ocazia admiterii în colectivități preșcolare (1-5 ani) și în cadrul acțiunilor de revaccinare cu B.C.G. în clasele I, a VII-a și în anul al IV-lea de liceu.

B. *Interpretarea reacției* se face la 72 de ore, luând în considerare numai papula (ridicătura) pielii ce se simte la pipăit ca o denivelare față de pielea din jur; se exclud reacțiile eritematoase roșii simple. Se măsoară în milimetri cel mai mare diametru transversal al reacției. Reacția la tuberculină se consideră negativă, când are o dimensiune între 0 și 9 mm, inclusiv; când diametrul este de 10 sau peste 10 mm, reacția se consideră pozitivă. Reacția pozitivă, dacă nu este

datorată unei vaccinări B.C.G. atestată prin prezența cicatricei, traduce o infecție tuberculoasă. Cu excepția virajului tuberculinic, ea nu ne informează asupra vechimii infecției și a gradului de activitate a acesteia.

La copiii preșcolari cu reacții de peste 10 mm, precum și la elevii și adolescenții cu reacții de peste 15 mm se va efectua și un examen radiologic pulmonar, dacă nu prezintă cicatrice vaccinală B.C.G. În cazul prezenței cicatricei vaccinale, controlul este indicat în caz de reacție generală febrilă sau reacție locală necrotică, flictenulară sau cu diametrul transversal peste 15 mm la preșcolari și peste 20 mm la elevi și adolescenți.

Părinții sunt datori să cunoască rezultatele testărilor la tuberculină și să execute indicațiile medicale în caz de reacții pozitive.

Controlul radiologic se efectuează prin radiografie la copiii între 0 și 5 ani și prin radiofotografie la elevi și adolescenți. La toți copiii la care intradermoreacția a fost pozitivă se va face obligatoriu un control radiologic. Depistări radiologice ocazionale se fac și în următoarele împrejurări: trimitere în stațiuni balneare; adopție de copii; admiterea în licee, școli profesionale, de ucenici, școli postliceale, învățământ superior, încorporare în armată. Examenul radiofotografic ocazional are o valabilitate de 6 luni.

C. *Chimioprofilaxia tuberculoasă*, adică prevenirea bolii prin administrarea de medicamente, se face la copii și tineri (0-20 ani) contacți cu bolnavi de tuberculoză cu bacili Koch prezenți în spută.

În general, se administrează izoniazidă de două ori pe săptămână, strict supravegheat de către personalul medical sanitar din unități (creșe, grădinițe, școli, întreprinderi) sau de către cadrele dispensarelor medicale urbane și rurale, medici de familie, asistenți). În cazuri excepționale (copii mici care nu sunt în colectivități), administrarea izoniazidei se face la domiciliu, de către personalul sanitar al Dispensarului de pediatrie sau, cu totul excepțional, de către părinți (localități greu accesibile și fără unități sanitare; perioade de intemperii etc.).

D. *Tratamentul* tuberculozei se face standardizat și strict supravegheat de către personalul sanitar.

Primoinfecția tuberculoasă, tratată cu medicamentele actuale, se vindecă sigur, dar vindecarea completă este foarte lentă, în decurs de circa un an. Contrar a ceea ce se întâmplă în alte boli, nu se ajunge la distrugerea microbului, ci la închistarea lui în organism, unde persistă în mod nedefinit; din aceste motive reacția la tuberculină devenită pozitivă rămâne așa pentru toată viața. Bacilii astfel închistați pot fi ținuți la respect toată viața, aproape în toate cazurile. Câteodată totuși dacă primoinfecția a fost neglijată sau tratată fără destulă preseverență, boala se poate "retrezi" la pubertate, la adolescență sau în perioada de adult. Atunci ea se manifestă prin infiltrate, caverne, expectorație bogată în bacili Koch ce poate contamina orice persoană din jur și îndeosebi pe copii.

Tratamentul se începe, de regulă, în unitățile spitalicești (sanatorii etc.), unde copilul sau adolescentul rămâne internat cel puțin 2 luni consecutiv.

În cazurile în care medicul ftiziolog hotărăște ca tratamentul să se efectueze la domiciliu, acesta se va face de către Dispensarul de copii, prin cadrele medii, cu colaborarea medicului de familie, cu sprijinul conștient al familiei.

Alimentația. Copilul va primi un regim alimentar normal, echilibrat. Nu este necesară supraalimentația. În perioada de sugar se continuă alimentația la sân. Dacă este înțărcat, se va depăși perioada de inapetență prin mese mici și repetate cu preparatul de lapte adaptat sau parțial adaptat în funcție de vârsta copilului. Introducerea de alimente noi (sucuri, pulpa de fructe rase, supa, pireurile, carnea, gălbenușul de ou) se face ca și la sugarul sănătos. Nu se va uita profilaxia rahitismului.

La copilul mai mare se va da un regim alimentar variat, pregătit cu gust, constituit din 3 mese principale și două gustări. În alimentație este bine să fie zilnic: carne, lapte și/sau derivate (brânzeturi, unt), ouă, fructe și zarzavaturi.

Regimul de viață. În perioada în care copilul are febră, tușește, este trist, nu simte nevoia de mișcare, se recomandă repaus la pat. De îndată ce febra scade, tusea se rărește și copilul recapătă vioiciunea, se indică mai întâi mișcarea în casă și apoi scoaterea afară, dacă vremea este frumoasă (fără ceață, vânt sau ploaie). Se preferă plimbările prin locuri cu vegetație bogată. Activitatea normală se reia la indicația medicului. După vindecare se vor evita suprasolicitările fizice și psihice.

Cura sanatorială care constituia pe vremuri tratamentul de bază nu mai este obligatorie. Totuși viața în aer liber, la țară, sau dacă este posibil, într-o localitate *de munte* sau *de deal* are o contribuție însemnată în călirea organismului și în consolidarea vindecării. În perioada acută a bolii, cura heliomarină nu este indicată.

7.5.9. *Gripa (influenza)*

Gripa este produsă de un virus respirator care poate fi de 3 tipuri: A, B şi C. Epidemiile obişnuite sunt cauzate de virusurile A şi B. Fiecare are diferite subgrupe sau tulpini. Aşa se explică de ce în fiecare an, virusul care produce majoritatea îmbolnăvirilor de gripă este uşor diferit. Indivizii cu mare risc pentru gripe serioase sau complicate pot să facă gripă în fiecare an.

Manifestările gripei sunt următoarele: a) creşterea bruscă a temperaturii, de obicei peste 38,3° C; b) la copilul mic febra se însoţeşte de vărsături, iar la copilul mare de tremurături ("frison"); c) obosească adâncă şi sfârşeală; d) dureri musculare ("mialgii"); e) tuse seacă.

După câteva zile aceste simptome se accentuează. Se adaugă dureri de gât, nas înfundat, iar tusea devine continuă, chinuitoare. Gripa poate dura o săptămână sau mai mult. Un copil care are o "răceală" simplă, banală are febră mai mică, scurgere nazală, tuşeşte rar şi are o stare generală mai bună. Copiii cu gripă, ca şi adulţii se simt, de obicei, mult mai rău şi au o stare generală mizerabilă.

Gripa se răspândeşte de la persoană la persoană, prin contact direct, prin particule eliminate prin aer (tuse, convorbire apropiată, obiecte contaminate cu virus, prin intermediul secreţiilor nazale).

La izbucnirea unei epidemii de gripă, de obicei în lunile de iarnă, răspândirea este foarte rapidă printre şcolari şi de vârstă şcolară. Virusul este transmis în primele zile de boală. La copiii care nu suferă de alte boli nu apar complicaţii serioase. Rareori se pot produce secundar infecţii ale urechilor (febră, dureri locale) sau pneumonii (tuse frecventă, febră persistentă, alterarea stării generale). În astfel de cazuri trebuie chemat medicul. Foarte rar poate să apară o complicaţie gravă (sindromul Reye), care însă este favorizat de administrarea în doze mari de aspirină.

Tratament. În momentul în care copilul nu se simte bine se recomandă repaus la pat, administrarea de multe lichide (ceai de tei, compoturi, suc de fructe, supă, lapte diluat), mese dese şi uşoare, camera aerisită. Se combate febra cu Paracetamol (supozitoare, siropuri sau tablete) sau Nurofen în funcţie de vârsta copilului. vitamina C în doză mai mare şi se pun picături în nas cu ser fiziologic. Se combate tusea cu antitusivele ce se pot da la vârsta copilului bolnav. Nu se dă aspirină!

Prevenire. a) Nu se sărută copilul pe gură sau în jurul gurii; b) copilul trebuie învăţat să folosească o batistă curată când tuşeşte sau strănută; c) toţi cei ce vin în contact cu copilul se spală pe mâini înainte şi după îngrijirile date; d) obiectele personale ale copilului bolnav se spală cu apă fierbinte şi săpun; e) paharele, periuţa de dinţi şi prosoapele sunt individuale.

Există vaccinuri contra gripei: vaccinurile recomandate de medici şi instituţiile de sănătate sunt considerate sigure, eficace şi cu efecte secundare mici. De ştiut însă că marea majoritate a copiilor tolerează destul de bine gripa.

Grupele de copii cu vârsta de peste 6 luni, cu risc, includ pe cei suferinzi de: boli pulmonare cronice, boli de inimă, diabet, boli renale cronice, SIDA simptomatică, bolnavi ce primesc tratamente prelungite cu aspirină (artrita reumatoidă).

7.6. **Boala diareică acută**

Sinonime: diaree acută, enterită acută, enterocolită acută, tulburare digestivă acută. *Definiţie.* Prin diaree acută se înţelege o îmbolnăvire digestivă, care apare brusc, caracterizată prin pierdere de lichide şi scădere în greutate, determinate de: scaune lichide şi numeroase, poftă de mâncare scăzută sau dispărută şi/sau vărsături. Diareea este provocată în majoritatea cazurilor de o infecţie virală, mai rar microbiană. Ideal este să se caute cauza diareei prin coprocultură; în familie uneori este greu de practicat o astfel de investigaţie de laborator. Diareea survine uşor la copil când condiţiile de mediu sunt nefavorabile (fără apă curentă, fără frigider, vase spălate necorespunzător) sau familia, şi îndeosebi mama, nu respectă regulile de igienă corporală *(nu se spală de mâini!)*.

Diareea începe în general cu *anorexie* (lipsă se poftă de mâncare), *modificarea comportamentului* (trist sau agitat) şi/sau 1-2 *vărsături.* curând apar *scaune "diareice"*, peste 3 în 24 de ore; moi ("lichide sau semilichide") de culoare galbenă-verzuie, verde sau

maroniu; cu grunji albi de formă neregulată și mari cât un bob de mei până la un bob de mazăre, uneori cu alimente nedigerate. Între grunjuri se observă mucozități, fâșii de culoare alburie care dovedesc iritația peretelui intestinal. Apariția sângelui și/sau puroiului demonstrează o cauză infecțioasă mai gravă. Alteori scaunele sunt mai apoase, cu resturi mici de materii fecale. *Mirosul* este puturos respingător, de putrefacție, mai rar de acru. *Eritemul fesier* însoțește de obicei diareea sugarului și copilului mic. *Vărsăturile* reprezintă un alt simptom al diareei. În multe cazuri, boala se anunță cu 1-2 vărsături. Este un semn neobligatoriu, dar important și de temut. Când sunt frecvente și abundente, alimentarea copilului devine dificilă și uneori imposibilă, antrenând pierderi mari de apă și electroliți (sodiu și potasiu) cu repercusiuni grave asupra metabolismului general al organismului. *Colicile* (durerile abdominale) se manifestă prin neliniște, țipete, frecarea călcâielor; la copiii mai mari durerile se accentuează înainte și în timpul eliminării fecalelor. Ei pot avea *tenesme,* care sunt resimțite ca o tensiune dureroasă cu senzație de arsuri și dorința continuă de a merge la closet.

În *formele grave,* abdomenul sugarului se umflă, devine destins, "tare" (ca urmare a acumulării de gaze în intestin, formate prin procese patologice de fermentație), cu tulburarea tranzitului intestinal (mișcările intestinului devin slabe, ineficiente; mușchii peretelui intestinal "paralizează"). Este ceea ce se numește *meteorism abdominal* semn de mare gravitate, ce impune internarea de urgență a copilului în spital. *Scăderea în greutate* este un semn obiectiv de mare preț, demonstrând în primul rând *deshidratarea* (pierderea de lichide și electroliți) și mai puțin slăbirea (care apare când diareea se prelungește). Aprecierea scăderii greutății se face prin cântărirea zilnică. Semne de deshidratare acută gravă ce pot fi sesizate și de mamă sunt: *uscarea pielii, buzelor și a mucoasei gurii; micțiuni rare* cu urină puțină, *deprimarea fontanelei* ("moalele capului"), în formele grave - *persistența cutei pielii* ("pliului cutanat"), atunci când adultul prinde între degetele sale o cută de piele și țesut gras de pe abdomenul copilului. *Starea generală* în formele ușoare se menține bună. Copilul este vioi, se mișcă și se joacă, se manifestă față de adulți ca și mai înainte, primește bine lichidele. Nu sunt motive de îngrijorare.

În formele medii intervine o modificare oarecare în comportamentul copilului. Sugarul este mai trist, se mișcă mai puțin, este mai palid, primește numai unele lichide (apă, ceai). Copilul mai mare își pierde din vioiciune, nu se mai joacă, mănâncă mai puțin și "pe alese", uneori acuză dureri "de burtă", are grețuri.

În formele grave, sugarul devine somnolent, "zace" tot timpul, fața este inexpresivă, dispare jocul mimicii la vorbele, zâmbetul și mângâierile mamei. Fața este palidă, apoi palidă-cenușie, cu "cearcăne" în jurul ochilor (care se "înfundă" în orbite, devin inexpresivi). Refuză să primească vreun aliment, sau varsă la orice tentativă de a-l alimenta.

Febra poate lipsi. De obicei este moderată, în jur de 38°C. Este mare atunci când diareea a survenit odată cu un "șoc caloric" sau când copilul nu primește lichide suficiente ("febră de sete"); de obicei febra dispare odată cu rehidratarea. Apariția la început și persistența în tot cursul bolii are semnificația de infecție severă. Dacă febra (prin transpirație și respirație), vărsăturile și diareea se mențin, riscurile de deshidratare sunt mai mari.

7.6.1. Supravegherea unui copil cu diaree

Dintre regulile de bază amintim:

– Se vor respecta, cel puțin acum, cu rigurozitate *regulile de igienă;* spălarea mâinilor cu apă și săpun; spălarea vaselor cu apă caldă și leșie (detergenți); colectarea separată și fierberea rufăriei copilului bolnav; curățenia perfectă în prepararea, păstrarea și manipularea alimentelor.

– *Mama va nota cu meticulozitate: scaunele* (număr, consistență, culoare, conținut); *vărsăturile* (orar, cantitate și conținut: culoarea galbenă este dată de bilă, iar cea neagră în "zaț de cafea" demonstrează o stare foarte gravă); *lichidele primite* în 24 de ore; *numărul de micțiuni, temperatura* (termometrizarea se face rectal de 2 ori pe zi, dimineața și după amiaza între orele 16,30-17,30); *modificările în starea generală* a copilului; *greutatea* (prin cântărire dacă sunt condiții); urmărirea fontanelei (în deshidratare e deprimată) și starea plicii pielii abdomenului.

Succesul tratamentului diareei copilului este în funcție, atât de vârsta, organismul și forma bolii copilului, cât și de răbdarea, disciplina, fermitatea și

convingerea cu care mama instituie dieta copilului! Contrar unei concepții greșite după care bolnavii cu diaree și/sau febră, se țin nemâncați, trebuie întipărit în mintea fiecăruia că orice copil cu diaree trebuie să primească lichide în cantitate sporită. Indiferent de vârsta copilului, el nu trebuie forțat să mănânce. Alimentația cu de-a sila poate declanșa vărsături și refuzul copilului de a primi și alte alimente. Cât de cât, se va ține seama de unele preferințe ale copilului; în etapa dietei hidrice (vezi la tratament), dacă refuză ceaiul îndulcit, se va da apă bună de băut la temperatura camerei; se va prefera ceaiul de plante cu care este obișnuit; apa de orez (decoctul) sau mucilagiul se vor da îndulcite etc. În caz că bolnavul refuză sau varsă este preferabil să se lase stomacul (și copilul) în repaus de circă 1-3 ore și apoi i se dau lichidele cu linguriță. La sugar și copilul până la 3 ani se vor da 1-2 linguriță din 5 în 5 minute (= într-o oră 60-120 ml), iar la nevoie chiar cu pipeta. În caz că lichidele sunt primite bine, cu sete, la sugar se dau cu biberonul, iar la copilul mai mare cu ceașca în cantitate mai mare, dar tot în porții mici și repetate (20... 50... 75... 100 ml). Când copilul primește bine și nu varsă, se crește porția administrată dintr-o dată și se lărgesc intervalele pentru a da prilej copilului să se odihnească. Când copilul nu are diaree gravă, dar continuă să verse, chiar dacă cere să bea, mama va fi mai fermă și nu-i va da absolut nimic 1-3 ore și apoi se va începe cu 1-2 linguriță de apă, ceai sau Gesol, date din 5 în 5 minute. La "vărsătorii de meserie", se va administra un antivomitiv (Metoclopramid la copiii mici, Emetiral peste 5 ani și Torecan peste 11 ani), pe care mama să știe să le folosească corect, cu prudență, toate fiind toxice. Tratamentul va fi adaptat la forma de boală; în diaree ușoară dieta hidrică nu va dura mai mult de 3-12 ore și se va trece la alimente cu pectine. Trecerea la alimentația normală se va face în 3-4 zile. La sugari, la copiii cu toleranță digestivă redusă și la cei cu diaree gravă, tratamentul se va face pe etape, încet, cu introducerea alimentului nou în cantități mai mici și progresive.

Este necesară internarea în spital dacă: a) pierderea în greutate este egală sau peste 8% din greutatea corporală; b) au apărut semne de deshidratare: cuta făcută prin prinderea între două degete a pielii de pe burta copilului dispare încet sau persistă, fontanela anterioară este deprimată, ochii sunt încercănați, buzele și limba sunt uscate; c) se instalează semne de gravitate ca: paloare cenușie a feței, lipsă de interes pentru mediul extern, mișcările se reduc, diareea se accentuează, vărsăturile devin frecvente; d) nu sunt condiții de tratament: nu se pot pregăti alimente dietetice (ceai, orez fiert, morcovi fierți, brânză de vacă etc.); e) mama nu respectă regimul alimentar corespunzător.

Tratament. A. *Sugar.* Dacă scaunele sunt moi, relativ rare, grunjoase sau mucogrunjoase: a) se înlocuiește o masă cu ceai sau apă de orez 3% cu 5% zahăr; b) la sugarul mai mare de 5-6 luni masa de supă se va prepara numai cu morcovi (supă de morcovi), iar mesele de la orele 10 și 16 vor fi de orez pasat cu 5% zahăr și cu brânză de vacă; c) se reduce temporar concentrația laptelui și a zahărului la jumătate în raport cu ceea ce primea sugarul înainte; d) laptele praf se prepară în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; iar laptele de vacă se îndoiește tot cu mucilagiu de orez; e) sugarul mănâncă numai cât dorește, fără să fie forțat. Completările se fac cu ceai îndulcit cu zahăr; f) la sugarul alimentat la sân se continuă alăptarea, dar se completează cu supă de morcovi sau cu mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; g) reluarea diversificării (sucuri, pulpă de fructe, pireuri etc.) se va face prudent cu un singur aliment deodată, în cantități mici și progresând de la o zi la alta.

În caz de diaree fără deshidratare (scaune numeroase, subțiri, semilichide sau lichide, apetitul diminuat sau absent, vărsături) tratamentul se face pe etape, introducând orice aliment nou cu prudență, în cantități mici și progresive. Dacă se obțin ameliorări rapide, etapele se vor scurta pentru a se trece cât mai repede la alimentația naturală, evitând astfel înfometarea copilului. Se începe cu *dieta hidrică* (pauza digestivă, dietă de foame). Se oprește întreaga alimentație anterioară și se oferă sugarului apă fiartă și răcită, ceai de plante (anason, chimen, mușețel, tei sau mentă), îndulcit cu 10 linguriță de zahăr rase la 1 litru sau Gesol[1]. Se începe cu câte 25-50 ml (5-10 linguriță). Se începe cu câte 25-50 ml (5-10 linguriță) la fiecare 30-60 minute, dacă sugarul primește. Dacă boala nu este gravă sau începe să se amelioreze, sugarul va primi

[1] Organizația Mondială a Sănătății recomandă: GESOL (G = glucoză; E = electroliți: sol. = soluție) care conține: clorură de sodiu 3,5 g, bicarbonat de sodiu 2,5 g, clorură de potasiu 1,5 g, glucoză 20 g. Acest amestec se dizolvă în 1 000 ml apă fiartă și se începe hidratarea copilului. Este un amestec cu efecte excelente în tratamentul diareei. Copiii mai mari îl primesc mai greu, iar unii îl refuză categoric.

din ce în ce mai bine aceste lichide, în așa fel încât îi putem da mai rar și în cantități mai mari 100-200 ml dintr-odată, însumând pe 24 de ore 150-200 ml lichide pe fiecare kg greutate corporală. După 6 ore, cel mult 12 ore se începe administrarea de *supă de morcovi*. Sugarii sub vârsta de 6 luni vor primi 24 ore supă de morcovi la toate mesele; la cei între 6 luni și 1 an se administrează la 3-4 mese supă de morcovi sau pulbere de roșcove (Arobon etc.) cu 5% zahăr, iar la celelalte 2 mese orez pasat îndulcit cu zahăr. Începând din a 3-a zi, la sugarii sub 6 luni se înlocuiește treptat supa de morcovi cu câte 20-25 ml de lapte la fiecare masă, de dorit cu un preparat dietetic (Milupa HN 25, Isomil, Al 110 Nestlé, Humana H etc.) sau un produs de lapte praf 10% preparat în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr sau lapte de vacă îndoit cu mucilagiu de ore. (3% cu 5% zahăr). Alimentul nou introdus nu va depăși 180-200 ml în 24 de ore.

La sugarii mai mari de 6 luni, după ziua de pectine (supă de morcovi) și de orez, în a 2-a - a 3-a zi se adaugă la cele 2 mese de orez pasat îndulcit, câte 40-60 g de brânză de vacă; iar din a 4-a zi, la masa de prânz cu supă de morcovi se dă carne fiartă, de pasăre sau de vită (fin tocată și amestecată cu supă). Celelalte 2 mese de supă de morcovi (dimineața și seara) se înlocuiesc treptat (40-60 g pe zi) cu produsele dietetice mai sus citate în diareile grave, iar în cele ușoare (obișnuite), cu o „formulă" sau cu lapte praf 13,5% cu 5% zahăr. În decurs de 5-8 zile se ajunge astfel la alimentația corespunzătoare vârstei.

B. *La copilul peste 1 an.* Se începe cu dieta hidrică de câteva ore (Gesol, ceai de plante îndulcit cu 5% zahăr și cu un vârf de cuțit de sare călduț sau la temperatura camerei sau apă de orez cu 5% zahăr. La copiii care nu varsă și apetitul este bun se poate începe direct cu dieta de pectine (morcovi fierți și pasați, Ceratonia sau Arobon 5-10% mere coapte); în a doua zi se dau 3 mese de pectine și două mese de orez pasat 5% (în diareile ușoare de la început se dă și brânză de vacă). Din a 3-a zi se poate oferi următoarea alimentație: *dimineața:* ceai îndulcit, pâine albă prăjită, brânză de vaci; *ora 10 și 17:* orez fiert sau mere coapte (rase) cu pesmet de pâine, cu /sau fără brânză de vacă; *prânz și seara:* supă de legume cu morcovi pasați și orez; fidea cu carne slabă, fiartă, de vacă, de găină sau pui. În zilele următoare se crește cantitatea de carne și de brânză, se adaugă praf de orez, unt, pireu de cartofi, 100-200 g de orez cu lapte, iaurt, budinci, ou fiert, partea slabă de la șuncă de Praga, telemea de vacă, cașcaval.

Medicamente. NU se dau antibiotice decât la recomandarea medicului. Împotriva febrei se dă Paracetamol (în dozele fixate de medic). Nu se folosesc supozitoarele deoarece pot declanșa emisiunea de materii fecale. Colicile abdominale se combat cu comprese calde stropite cu foarte puțin alcool, culcarea copilului pe burtă sau compresiuni ușoare pe abdomen, cu mâna urmând un traseu pornind din dreapta jos a abdomenului, pe sub marginea coastelor și terminând cu flancul stâng jos. Eritemul fesier (opăreala) se combate cu schimbarea la timp a lenjeriei (după micțiune și după fiecare scaun); lăsarea regiunii respective descoperită, în contact cu aerul; pudraj cu pulbere de talc, aplicarea de mixturi, unguente (Jecolan, Jecozin, Nidoflor). Se face baie zilnică, se colectează și se fierb separat rufele, se păstrează riguros regulile de igienă.

7.7. Boli ale aparatului respirator

7.7.1. *"Răceala"*

Se știe că în anotimpul rece adulții și copiii (dar mai ales aceștia din urmă) fac mai des boli acute ale căilor respiratorii, etichetate drept "răceli". Este greșită părerea că o simplă "răcire" a întregului corp sau/și numai a unor segmente de corp poate provoca îmbolnăvirea. Rolul principal în apariția acestor îmbolnăviri îl joacă diferiți agenți patogeni (mai ales virusuri).

Deși medicina teoretică are o poziție rezervată față de "răceală" ca boală, recunoaște rolul frigului în scăderea rezistenței mucoaselor respiratorii.

Frigul determină o fragilizare și scăderea rezistenței căilor aeriene. S-a putut demonstra că irigarea și capacitatea secretorie a mucoaselor se schimbă în mod reflex prin expunerea la frig, sistemul nervos vegetativ acționând în mod direct asupra calibrului vaselor de sânge. Pe lângă paloarea pielii apare brusc o creștere a

secreţiilor mucoasei nazale şi o îngustare a calibrului bronhiilor. Scăderea irigării cu sânge a mucoaselor respiratorii determină scăderea capacităţii de apărare, favorizând apariţia infecţiilor (agenţii patogeni pot leza mai uşor epiteliul respirator).

Cauzele infecţioase. Cele mai multe infecţii respiratorii sunt determinate de virusuri (virusul gripal cu numeroase tipuri, virusul adeno-faringo-conjunctival etc.). Apariţia lor este *favorizată* de factori ca: *a)* numărul de persoane ce locuiesc într-o cameră; *b)* microclimatul (aer viciat, aburi, gaze de sobă, fum de ţigară) din locuinţă; *c)* aglomeraţia din colectivităţi (creşe, grădiniţe, şcoli etc.); *d)* expunerea copilului la contagiune în locuri aglomerate (magazine) sau mijloace de transport în comun. De aceea, infecţiile respiratorii se răspândesc foarte uşor în familii sau colectivităţi. Când apare o infecţie, mulţi părinţi nu se gândesc deloc la aceşti factori, dimpotrivă, acuză de obicei ori "curentul" ori, "răceala" de orice natură.

Inflamaţia mucoaselor respiratorii ocupă primul loc în patologia sugarului şi copilului mic. Deşi un guturai evoluează de cele mai multe ori favorabil şi o tuse nu înseamnă totdeauna că are ca substrat o îmbolnăvire serioasă, trebuie subliniat că aceste două manifestări influenţează mult starea generală a copilului. Se va acorda o atenţie deosebită infecţiilor banale ale mucoasei respiratorii (care se tratează de cele mai multe ori cu mijloace casnice simple), cât şi numeroaselor lor complicaţii. Aşa-numitele "răceli" au o importanţă socială deosebită. Ele deranjează familia atunci când copiii se îmbolnăvesc unul după altul. Adesea se îmbolnăvesc şi părinţii. Uneori nu poate fi evitată internarea în spital. Fraţii mai mari sunt factori de răspândire a bolii lor. Ei aduc în familie germenii din grădiniţă sau şcoală. Mucoasa respiratorie reprezintă nu numai poarta de intrare pentru germeni, dar tot de aici, prin strănut, tuse sau în timpul vorbirii, germenii sunt răspândiţi în jur.

7.7.2. *Rinofaringita acută*

Prin rinofaringită se înţelege inflamaţia mucoasei nasului (din limba greacă: *rhis, rhinos* = nas) şi a mucoasei faringelui (din limba latină: *pharuna, pharungos* = gât). Este boala cea mai frecventă dintre afecţiunile aparatului respirator la copil. Este provocată, în marea majoritate a cazurilor, de virusuri. Rinofaringita începe cu febră, care poate dura câteva zile. Apetitul scade, vioiciunea dispare, respiraţia devine mai frecventă, apare tusea; somnul este agitat. Dacă infecţia cuprinde laringele, tusea se accentuează, vocea devine răguşită, respiraţia greoaie. La început nu se constată secreţii nazale, dar copilul respiră cu gura deschisă şi mănâncă greu din cauza edemului mucoasei nazale, care determină o micşorare a calibrului căilor nazale. Ulterior pot apărea secreţii care se scurg pe peretele posterior al faringelui. Faringele copilului este roşu. După 3-4 zile persistă numai guturaiul şi tulburările legate de secreţia nazală; tusea devine rară şi productivă ("grasă"). Eventualele complicaţii sunt: faringita bacteriană, traheobronşita, otita sau bronhopneumonia.

Tratament. Primul gest din partea mamei este să combată febra: administrare de lichide, supozitoare sau sirop cu Paracetamol, supozitoare cu Algocalmin etc., mijloace indicate la pagina 266. În acelaşi timp, va fi chemat medicul, care va adapta tratamentul în funcţie de forma pe care o îmbracă boala la copilul respectiv. La început, în majoritatea cazurilor nu este necesar decât un tratament simptomatic (combaterea febrei, liniştirea copilului, dezobstruarea căilor respiratorii superioare). Instilaţiile nazale (picăturile în nas), atât de apreciate de unele mame, nu se vor face decât la indicaţia strictă a medicului şi pe termen de câteva zile. La sugar nu se folosesc picăturile uleioase. Nici curăţirea cu tampoane de vată sau comprese sterile nu se mai recomandă de către mulţi medici, deoarece s-a constatat că prin aceste manevre se pot leza şi infecta mucoasa nazală. Mai eficiente s-au dovedit picurarea de ser fiziologic simplu şi aspirarea secreţiilor cu o pompă sau pară de cauciuc. Este o greşeală a părinţilor de a administra antibiotice din proprie iniţiativă.

Alimentaţia sugarului cu rinofaringită se va face ţinând seama de câteva reguli: *a)* dacă apetitul copilului nu s-a schimbat, se va menţine alimentaţia obişnuită (numărul, orarul şi conţinutul meselor); *b)* dacă sugarul refuză alimentaţia, nu va fi forţat să mănânce, ci se vor da de multe ori pe zi, cantităţi mici şi repetate de ceai sau de lapte diluat; *c)* se vor da lichide din abundenţă (ceai, sucuri de fructe sau chiar numai apă simplă); *d)* dacă varsă, se vor administra sedative şi se va da alimentaţia cu prudenţă şi răbdare: mese fracţionate, în cantităţi mici, date cu linguriţa sau chiar cu pipeta.

Camera în care este ţinut bolnavul va avea o temperatură convenabilă în jur de 21°C, constantă în tot cursul zilei şi atmosferă umedă.

Un mijloc eficient în combaterea febrei mari îl constituie "împachetările" cu scutece îmbibate cu apă rece de robinet fie parţiale (de la glezne până deasupra genunchilor), fie generale de la umeri până la glezne (ultimele se fac cu prudenţă).

În cazul în care febra creşte şi se menţine, tusea se accentuează, apetitul dispare şi apar unele manifestări alarmante ca: geamăt, respiraţie greoaie, agitaţie sau somnolenţă, vărsături sau diaree etc., va fi consulat de urgenţă medicul.

7.7.3. *Anginele acute (amigdalitele acute)*

Prin anginâ se înţelege infecţia sau inflamaţia acută a gâtului, localizată la amigdale sau predominant la nivelul lor. De aceea, termenul folosit, de obicei, atât de medici cât şi de părinţi, este cel de amigdalită acută. Amigdalele devin roşii şi umflate (anginâ roşie sau eritematoasă) şi pot fi acoperite de "puncte albe" sau de un depozit alburiu mai întins: anginâ (amigdalită) cu puroi, pultacee (sau "albă"). Amigdalitele sunt produse de virusuri sau de bacterii. Dintre ultimele sunt mai frecvente: streptococul şi stafilococul. Unele categorii de streptococ pot determina diferite complicaţii, dintre care sunt de temut: reumatismul articular acut, boli renale, supuraţii ale ganglionilor submaxilari. De aceea părinţii nu vor trata anginele prin mijloace simple; este vorba de boli serioase care necesită un tratament medical.

a) *Angina roşie sau eritematoasă de origine virală* se însoţeşte în general de o iritaţie difuză a gâtului şi traheei, cu tuse şi adesea cu răguşeală. Uneori se observă concomitent: roşeaţa conjunctivelor, mărirea unor ganglioni, dureri musculare.

Anginele provocate de virusuri nu necesită tratament cu antibiotice, ci numai combaterea febrei, tusei şi agitaţiei. Anginele virale apar de obicei la preşcolari şi şcolari. Debutul bolii este mai puţin brusc, de multe ori cu febră mai mică (37-38°), cu tuse seacă, cu voce voalată sau răguşită. Fundul gâtului (inclusiv amigdalele şi peretele posterior) este roşu, cu sau fără depozite de puroi. Ganglionii laterali ai gâtului se măresc puţin, nu sunt dureroşi. De multe ori, la copiii mari anginele se însoţesc de dureri de cap, dureri musculare, oboseală, lipsă de poftă de mâncare, vărsături; uneori, la sugari determină convulsii.

b) Angina roşie bacteriană *(amigdalita eritematoasă acută)*, mai ales cea produsă de streptococ, se însoţeşte de dureri la înghiţit, de mărirea ganglionilor submaxilari, de multe ori de febră şi de modificarea stării generale.

Uneori se adaugă dureri de cap şi tulburări digestive (vărsături, inapetenţă). Dacă sunt condiţii, în caz de anginâ roşie este necesar să se efectueze o hemogramă şi un examen al exsudatului faringian, pentru a se depista germenii care au produs boala.

c) *Angina albă (angina pultacee, angina eritematopultacee, amigdalita pultacee)* reprezintă un stadiu mai înaintat al unei angine roşii. Se caracterizează prin apariţia, pe suprafaţa amigdalelor, a unor puncte albicioase (exsudat fibrinos). În cazul în care aceste puncte albicioase sunt numeroase, ele se pot uni între ele, acoperind întreaga suprafaţă a amigdalelor. Această formă este numită amigdalită pseudomembranoasă (cu false membrane). Este produsă de streptococ sau stafilococ şi mai rar de alţi microbi (pneumococ etc.).

De obicei boala se însoţeşte de febră mare (39-40°). La început unii copii se plâng de dureri de cap, uneori de dureri abdominale, varsă. În zilele următoare se adaugă dureri în gât, dificultăţi la înghiţire. Amigdalele sunt umflate *(hipertrofie)*, uneori cu suprafaţa neregulată (criptice), roşii, acoperite cu depozite albe. Limba este de cele mai multe ori alburie.

Anginele bacteriene necesită tratament antiinfecţios. În general, tratamentul indicat este următorul: *a)* Repaus în casă, pe toată durata cât copilul are febră şi încă 2-3 zile după scăderea febrei. *b)* În perioada cât se simte rău, este febril, se plânge de dureri în gât sau refuză să mănânce, obiectivul principal este să i se dea lichide la temperatura camerei, în cantităţi mici şi repetate: ceaiuri de plante (muşeţel, tei, chimen, anason) îndulcite cu zahăr, compoturi, apă simplă, sucuri de fructe, diluate şi îndulcite, supe, ciorbe strecurate, lapte, iaurt. Dacă bolnavul acceptă şi tolerează: fructe, legume fierte cu puţin unt, pireuri, pâine, carne rasol, biscuiţi, budinci. Odată cu scăderea febrei şi ameliorarea stării generale se va trece la alimentaţia normală. *c)* În caz de angine bacteriene (de

cele mai multe ori streptococice sau stafilococice), antibioticul de alegere este penicilina, în dozele și durata fixate de medic. În formele grave, la copiii mici, la bolnavii care varsă sau refuză medicamentele pe gură, precum și la copiii ai căror părinți nu au disciplina și talentul de a putea da medicamentele pe gură, se va administra penicilina injectabilă. Penicilina V este eficientă, dacă se administrează în doze corespunzătoare, pe toată durata prescrisă de medic. În caz de alergie la penicilină, se va da eritromicină. *d)* Se va combate febra cu: supozitoare Paracetamol. Se dau lichide din abundență. În caz de febră mare se fac împachetări umede care să cuprindă fie gambele, fie corpul copilului de la umeri până la genunchi. *e)* La copiii mai mari se pot da dezinfectante locale ca Faringosept (1-3 comprimate de supt pe zi); *f)* Pentru prevenirea apariției de candidoze (prin antibiotice, reducerea secreției salivare etc.), copiii mai mari se vor clăti în gură de mai multe ori pe zi cu ceai de plante cu adaos de bicarbonat de sodiu. În caz că apar zone de muguet, tratamentul va cuprinde, pe lângă spălături bucale, instilații cu glicerină cu Nystatin. Badijonajul cu albastru de metilen nu se mai recomandă ca tratament al amigdalitelor.

Greșeli. Părinții subapreciază adesea cauzele și complicațiile anginelor acute. Mulți "tratează" din proprie inițiativă infecțiile gâtului (de multe ori cu Tetraciclină, mai nou cu Cotrimoxazol, Septrin, Biseptol), care nu au nici un efect asupra streptococului hemolitic, infecția de temut a copilului!), alții refuză să facă tratamentul prescris sau, în sfârșit, de multe ori se întrerupe tratamentul de îndată ce a scăzut febra.

7.7.4. *Hipertrofia amigdalelor și vegetațiilor adenoide*

Amigdalele sunt două formațiuni limfatice, ce se văd în fundul gâtului la toți copiii. Toate elementele limfoide ale gâtului, ca și întreg țesutul limfatic al organismului (ganglionii submandibulari și laterocervicali, axilari, inghinali sau din alte zone profunde ale organismului), se măresc, de obicei în cursul unei infecții acute și mai ales dacă infecțiile se repetă sau se prelungesc (devin "cronice"). Anterior, am arătat că cele două amigdale sunt interesate, de obicei, în anginele acute, folosindu-se curent termenul de amigdalită acută. Pentru infecția amigdalitei faringiene și a micilor elemente limfoide din jur se folosește termenul de adenoidită. Hipertrofia lor prin infecție cronică poartă numele de vegetații adenoide (greșit spus și "polipi").

7.7.5. *Vegetațiile adenoide*

Orice rinofaringită acută se însoțește și de inflamația acută a vegetațiilor adenoide. Febra cauzată de inflamația vegetațiilor este de obicei moderată, 37°-38°-38,2° C, mai crescută dimineața decât seara. Această "febră de tip invers", descrisă clasic, nu se întâlnește însă în toate cazurile de adenoidită acută. Respirația nazală este zgomotoasă, dificilă, uneori imposibilă din cauza secrețiilor care se acumulează în fosele nazale. Pe lângă combaterea temperaturii, se recomandă instilații cu soluții care să fluidifice secreția (ser fiziologic) sau să reducă congestia (ser fiziologic efedrinat 0,5-1%). De un real folos sunt aspirațiile secrețiilor cu o pompiță mică, la nevoie cu o pară mică de cauciuc. Curățirea cu tampoane de vată duce adesea la suprainfecții.

Vegetațiile adenoide se pot mări atât de mult, încât pot obstrua comunicația dintre nas și gât, împiedicând scurgerea secrețiilor. Sugarii prezintă mari dificultăți la supt. Copiii de orice vârstă respiră mai mult pe gură, zgomotos, sforăind în timpul somnului, vorbesc pe nas. Într-un stadiu mai avansat dorm și respiră numai cu gura deschisă. Copiii prezintă aproape tot timpul guturai, au nasul înfundat; unii dintre aceștia se îmbolnăvesc ușor de otite, chiar pneumonii. La aceștia, în urma unui consult dintre pediatru și un specialist în oto-rino-laringologie infantilă, se hotărăște momentul intervenției operatorii. Trebuie precizat însă că operația de vegetații nu rezolvă pentru totdeauna problema tulburărilor de respirație nazală: *a)* de multe ori vegetațiile adenoide se "refac" (chiar dacă au fost corect operate); *b)* unii copii continuă să respire pe gură pentru că așa s-au obișnuit; *c)* la alții există un defect congenital de conformație anatomică a nasului, faringelui și/sau laringelui, care-i împiedică să respire normal; *d)* menținerea copilului într-un mediu cu potențial infecțios mare (internări prelungite sau repetate în spital

etc.) întreține catarul nasului și faringelui; *e)* persistența altor cauze ce pot duce la tulburări ale respirației: alergia, sinuzita, amigdalitele, bronșitele etc.; *f)* trebuie să se asigure copilului un mediu înconjurător favorabil: camera bine aerisită, nu supraîncălzită; viața în aer liber; evitarea excesului de îmbrăcăminte; gimnastică respiratorie. Pe lângă acestea, un rol important în profilaxia adenoiditei îl au: alimentația corectă și vitaminizarea susținută.

Hipertrofia amigdalelor, izolată, în absența infecției, nu constituie, în afară de rare excepții, o indicație de intervenție. Extirparea amigdalelor ar fi urmată aproape totdeauna de poluarea microbiană a elementelor limfoide faringiene. Indicația de a se face amigdalectomie se stabilește, nu la dorința părinților, ci în urma unui consult dintre specialistul otorinolaringolog și pediatrul care cunosc bine copilul.

7.7.6. Otitele

Prin otită medie se înțelege inflamația urechii medii. În orice otită există și tulburări de ventilație ale trompei (un canal de comunicare între urechea medie și faringe ce poartă numele de trompa lui Eustachio). La sugari și copilul mic, cele două trompe sunt largi, scurte și orizontale, ceea ce favorizează propagarea infecției din faringe spre urechea medie. Sugarii stau mai mult culcați, așa că secrețiile stagnează în faringe în zonele celor două orificii ce fac legătura cu trompele. Vegetațiile adenoide întrețin de multe ori o inflamație a faringelui și, secundar, propagarea procesului inflamator, prin trompă, la urechea medie. Terenul unor copii (distrofia, alergia, hipovitaminozele) sau unele boli (scarlatina, rujeola, gripa) favorizează instalarea otitei. Urechea medie participă totdeauna la o rinofaringită acută (microbiană și mai ales virală), dar nu se manifestă totdeauna prin semne clinice. Infecțiile bacteriene întreținute de un drenaj insuficient prin trompa lui Eustachio sunt cauza unei inflamații cu puroi.

Otita medie poate fi catarală (congestivă) și purulentă. Durerile pot fi variate, de la moderate până la foarte violente; de multe ori survin brusc. Sugarul este agitat, adesea țipă, își mișcă mereu capul. Copilul mai mare își duce mâna la urechi. Febra nu este totdeauna prezentă. Dacă se apasă zona din jurul urechii și mai ales "tragus"-ul pavilionului urechii, copilul dă semne de durere, uneori țipă. Toate aceste semne sunt relative. Diagnosticul este precizat numai de medicul specialist O.R.L. Alteori, confirmarea diagnosticului de otită se face prin supurația urechilor (scurgerea puroiului în urma perforării spontane a timpanului).

Tratament. Simpla inflamație a timpanului (fără alt simptom) în cadrul unei infecții a faringelui și nasului nu necesită vreun tratament special. La sugarul eutrofic, hrănit la sân, cu un tratament precoce, corect, al rinofaringitei nu se ajunge la otită. În caz de otită manifestă se indică: *a) Administrarea de antibiotice fixate de medic în doze mari și pe o perioadă lungă de circa 10-14 zile.* Tratamentul incomplet (doze mici, durată scurtă, administrare neregulată) duc la cronicizare sau/și complicații. *b) Combaterea febrei și durerii* se face cu Paracetamol, Algocalmin în doze fixate de medic, în funcție de vârsta copilului. *c) Compresele calde și uscate* (săculeț cu sare sau cu mălai cald) au un efect de calmare. *d) Administrarea de picături în nas* cu vasoconstrictoare (ser fiziologic efedrinat la sugari și antepreșcolari, Bixtonim la copiii mai mari) și aspirarea secrețiilor nazale. *e) Timpanotomia (paracenteza),* adică perforarea timpanului cu un bisturiu special se practică în cazurile supraacute cu bombarea timpanului sau în cazurile mai vechi; paracenteza asigură drenajul puroiului în afară, ceea ce contribuie în mare măsură la vindecarea otitei (adesea fără asociere de antibiotice). *Trebuie spus, pentru liniștirea mamelor, că timpanotomia nu duce la surditate. f) Picăturile ce se pun în urechi* pentru calmarea durerilor pot fi utile, dar fac ulterior dificil examenul urechii de către specialistul O.R.L. *g) Îngrijirile generale:* alimentația corectă, vitaminizarea, aerul curat, evitarea unei alte infecții. *h)* În caz de otită medie supurată se practică *spălături auriculare.*

Complicații. Otita nediagnosticată la timp sau tratată incorect se poate complica cu otită cronică sau cu mastoidă, care necesită îngrijiri prelungite de specialitate, uneori intervenție chirurgicală.

7.7.7. Laringita acută

Este una din bolile de temut la sugar și copilul mic și se tratează în spitale bine dotate. De aceea, părinții sunt datori ca, la apariția unor semne alarmante de suferință a laringelui, să apeleze la medic.

Evoluția unei laringite este de neprevăzut. Se manifestă prin: *tuse aspră* sau lătrătoare; *voce voalată* sau răgușită, rar stinsă; *cianoză* (învinețire) a feței; intensitatea, întinderea și persistența cianozei dovedesc gravitatea; *bătăi frecvente ale inimii; agitație*, ce poate fi înlocuită ulterior, dacă boala se agravează, cu somnolență, toropeală; *tiraj* (depresiunea deasupra sternului, apoi sub coaste, ce apare ritmată de mișcările inspiratorii); *cornaj* (un zgomot ce apare în inspirație și care corespunde trecerii aerului prin conductul îngustat al laringelui); *senzație de sufocare.*

În evoluția unei laringite pot surveni agravări neprevăzute.

Tratamentul medical poate aduce o rezolvare rapidă a multor cazuri, dar unele forme supraacute pot ajunge la moarte; numai intubația sau traheotomia pot să evite sfârșitul fatal în astfel de cazuri. *Părinții trebuie să știe că inflamația laringelui sugarului și copilului mic (din cauza calibrului îngust și a predispoziției sale de a face ușor un spasm) poate pune în pericol viața copilului prin asfixie. Datoria lor este să apeleze de îndată la medic sau în caz de semne alarmante să transporte de urgență copilul la o clinică de otorinolaringologie sau de pediatrie, dotate cu servicii de terapie intensivă și reanimare.* Până când copilul trece în grija medicului, se recomandă următoarele: a) *se combate febra copilului cu supozitoare de Paracetamol sau de Algocalmin.* b) *În jurul gâtului se vor pune comprese calde uscate sau umede (dar stoarse bine) schimbate des, având grijă să nu ardă pielea copilului; nu se înmoaie în spirt, deoarece vaporii de alcool, inhalați pe nas și gură, pot duce la intoxicația copilului cu alcool; compresele calde au adesea un efect salutar;* c) *Camera va fi bine aerisită cu atmosferă nu prea uscată.* Se va deschide fereastra și copilul va fi dus în fața ferestrei. Aerul curat, proaspăt, are un efect de netăgăduit; unele laringite acute se ameliorează de îndată ce copiii sunt scoși afară sau în timpul transportului spre spital. d) *Poziția care ușurează respirația copilului* este cu capul ținut în extensie, sprijinit pe ceafă.

După ce a ajuns la spital, tratamentul cu antibiotice, oxigen, corticoizi în doze mari, intubația, perfuzia endovenoasă și la nevoie traheotomia, fac parte din arsenalul cu care se luptă împotriva formelor grave.

Bronhopneumonia este afecțiunea pulmonară specifică perioadei de sugar. Constă dintr-o inflamație acută a bronhiilor mici, determinată de virusuri sau de microbi. Boala poate apărea dintr-odată, dar de cele mai multe ori este precedată de o rinofaringită acută. Semnele care ne fac să ne gândim la o bronhopneumonie sunt: a) *febra* mare (38,5-40°); la prematuri și distrofici poate lipsi; b) *respirație* accelerată, greoaie, cu geamăt și bătăi ale aripilor nasului; în cazurile grave apare cianoza (învinețire în jurul gurii și nasului); c) *tusea* este frecventă, survine atât ziua cât și noaptea, este puternică, uscată și chinuitoare; d) *inapetență;* e) *starea generală* este alterată (copilul zace, este palid; câteodată este somnolent, absent, alteori agitat).

Orice bronhopneumonie necesită un tratament de urgență și intensiv. De aceea, mama va face tot ce este posibil să ajungă la un medic sau la Spitalul de copii teritorial unde se pot acorda îngrijiri corespunzătoare (antibiotice, oxigen, susținerea funcțiilor vitale ale organismului). Până la sosirea medicului sau internarea în spital, mama va lua următoarele măsuri: *a)* va fixa copilului o poziție care să-i ușureze respirația: cu capul ridicat, ușor dat pe spate și cu căile respiratorii superioare eliberate de secreții; *b)* va fi ținut într-o cameră bine aerisită, eventual în apropierea ferestrei deschise; *c)* va administra supozitor de Paracetamol; *d)* va da lichide din belșug (ceai de tei zaharat, apă simplă); se va combate febra.

Evoluția și prognosticul acestei afecțiuni grave a sugarului s-au îmbunătățit mult cu posibilitățile actuale de tratament.

7.7.8. Bronșita acută

Ca și traheita, bronșita acută însoțește sau este consecința unei rinofaringite acute. Se întâlnește la copilul mai mare. Este produsă de virusuri sau microbi, favorizată de poluarea aerului (fum, gaze, substanțe de uz casnic etc.). Starea generală a copilului este în general bună. Febra este moderată. Tusea, la început "seacă", iritativă, devine repede "grasă", productivă. Copiii sub 7 ani nu știu să expectoreze, așa că înghit secrețiile ajunse prin tuse la nivelul faringelui. Tusea este adesea frecventă, chinuitoare, cu senzație de jenă și chiar durere la nivelul sternului. Durează 6-10 zile. Medicul precizează diagnosticul.

Tratamentul este asemănător cu al rinofaringitei. Antibioticele se indică numai în caz de infecție bacteriană dovedită. Calmantele tusei se recomandă cu prudență, pe perioade scurte. Regimul alimentar este normal.

7.7.9. **Pneumonia**

De multe ori, pneumonia este complicația unei infecții rinofaringiene acute. Alteori boala se instalează de la început cu toate semnele specifice bolii. Se întâlnește mai des la copilul preșcolar și școlar. Poate fi produsă de bacterii, virusuri, ciuperci etc. *La sugar* începe după un ușor "guturai", cu creșterea rapidă a temperaturii (uneori cu convulsii), vărsături, agitație, respirație zgomotoasă, rapidă, bătăi frecvente ale inimii, câteodată cianoză în jurul gurii. Tusea este un simptom constant: la început este ușoară, uscată, apoi devine frecventă, chinuitoare. Survine atât ziua, cât și noaptea, în cursul somnului. *La copilul mai mare,* pe lângă semnele de mai sus se întâlnesc: dureri de cap (cefalee), frisoane, junghi toracic, indispoziție, somnolență, delir, spaimă, uneori roșirea obrajilor. Medicul precizează *diagnosticul* prin examenul clinic (auscultația și percuția toracelui etc.) și radiografie pulmonară. *Tratamentul* se face în condiții corespunzătoare în spital. Până la internare părinții vor acorda primele îngrijiri: combaterea febrei (Algocalmin sau Paracetamol, eventual învelișuri toracice reci), asigurarea nevoilor de lichide, prin cantități mici și repetate, sedative și calmante ale tusei, aerisirea camerei etc.

7.7.10. **Alergia respiratorie**

Alergia respiratorie este legată de reacția particulară a organismului față de o substanță la care a fost sensibilizat. Termenul de "alergie" înseamnă "altă reacție". Este vorba de o schimbare a stării de reactivitate a țesuturilor după contactul organismului cu o substanță străină. Această schimbare afectează promptitudinea, amploarea și calitatea reacției. Alergia este un mod special de a reacționa, propriu anumitor indivizi.

Dintre *alergenele cunoscute* până acum putem cita: *unele medicamente, microbii, praful de cameră, fulgii, penele păsărilor, scuamele, părul animalelor, unele alimente, polenul florilor și sporii mucegaiurilor. Subliniem că alergenii atmosferici (polenurile plantelor și sporii mucegaiurilor) sunt cauzele multor manifestări alergice, mai ales respiratorii, la copii. Apariția semnelor de alergie depinde de prezența sezonieră a polenurilor și/sau a sporilor de mucegaiuri în anumite climate sau sate. Unii copii fac urticarii sau guturaiuri ori de câte ori sunt duși la țară, unde mucegaiurile gardurilor și clădirilor vechi sau polenurile plantelor conțin substanțe alergizante. Prin metode moderne se poate determina cantitatea de alergeni atmosferici* pentru un anumit mediu sau timp.

TABELUL 7.2

ALERGENE OBIȘNUITE ÎN LOCUINȚE

Surse	*Ce este de făcut*
Animale de casă (câini, pisici, hamsteri, cobai) Nu există câini sau pisici "nealergici", deși unele persoane sunt mai puțin sensibile la anumite rase. Contrar credinței populare, nu părul produce alergie; este vorba despre descuamări ale pielii care sunt însumate în saliva sau urina animalului.	Nu permiteți animale în casă. Dacă nu este extrem de alergic, copilul se poate juca *afară* cu ele și acolo expunerea nu este atât de intensă.
Ciuperci Ciupercile cresc afară în locuri întunecate, reci și umede: pământ, iarbă, frunze uscate. În interiorul locuințelor se găsesc în pivniță, closete, poduri, mansarde, saltele vechi, perne și pături, care nu au fost aerisite multă vreme. De asemenea cresc în coșuri împletite utilizate pentru creșterea plantelor, pe flori uscate sau pe Pomul de Crăciun.	În camerele de baie și alte camere umede nu utilizați carpete sau tapete de hârtie. Asigurați-vă că baia are un ventilator care funcționează. În casă înlocuiți orice carpetă care a fost îmbibată cu apă sau uscați-o bine. Evitați utilizarea vaporizatoarelor, umidificatoarelor și a bazinelor (sau orice alt recipient) cu apă răcoritoare. Puteți distruge ciupercile cu diverse tipuri de dezinfectante sau aveți grijă să le țineți într-un loc sigur, departe de curiozitatea copiilor. Uneori un aparat de purificat înlătură sporii și praful de casă. Înlăturați arbuștii din casă. Pentru lucrul în grădină utilizați materiale neorganice. Frunzele moarte și deșeurile de iarbă trebuie adunate și depozitate sau înlăturate.

Praful Dacă pediatrul vă spune să scăpați de praful din casă, nu vă ofensați. În fiecare casă se găsește ascuns prin diferite cotloane sau în lucruri ca: mobile capitonate, saltele, păsări sau animale împăiate, pături, guri de aerisire fără filtre, pene de păsări.	Înlăturați praful din toată casa și îndeosebi din dormitorul copilului. Pentru început goliți complet dormitorul și curățați-l cu grijă. Înlăturați covorul sau mocheta și înlocuiți-l cu podea de lemn sau cu linoleum. Acoperiți gurile de aerisire sau deschiderile pentru aer cu filtre din fibră de sticlă. Țineți un singur pat în cameră și acoperiți salteaua și somiera cu huse din material plastic rezistent la praf. Faceți o curățenie "generală" în dormitor cel puțin o dată pe săptămână, aerisind intens în acea zi. În restul săptămânii se lasă cât mai mult ferestreledeschise. Ștergeți praful cu cârpă umedă. În cameră să fie cât mai puține lucruri cu potențial alergogen (jucării etc.). Nu lăsați copilul să se joace în pod și în zonele de depozitare și când se face curățenie.
Alimentele Dintre alimentele obișnuite cu potențial alergogen pot fi: laptele, ouăle, peștele, moluștele, crustaceele, căpșunile, alunele. La copilul alergic reacția apare în interval de o oră de la ingestie. Reacția poate fi: erupții ale pielii, manifestări astmatiforme.	Anunțați pediatrul despre alimentele care declanșează reacții alergene pentru ca el să vă sugereze unele alternative dietetice.

7.7.11. ***Astmul bronșic***

Astmul este o boală ce se caracterizează prin crize de dispnee (jenă respiratorie) declanșată de diferiți agenți sau prin exerciții, însoțite de semne clinice de obstrucție, total sau parțial reversibilă între crize. Obstrucția bronșică corespunde unei creșteri subite a rezistențelor căilor respiratorii, legată sau nu de mecanisme imunologice (definiția Organizației Mondiale a Sănătății). Când complul tușește sau/și horcăie, iar respirația este șuierătoare (wheezing) în episoade repetate (cel puțin trei) poate fi vorba de astm.

Astmul este cea mai frecventă boală cronică a copilului, afectând circa 4,5% din populația sub 16 ani. În ultimii ani boala a devenit din ce în ce mai frecventă. Primele crize încep în cursul primilor 2 ani de viață în 10-50% din cazuri și în 65-95% înainte de vârsta de 5 ani. Apariția primelor crize de astm după vârsta de 10 ani este rară. În prezent astmul devine un flagel social. De apariția alergiei și a astmului este responsabilă în special, poluarea sub toate formele sale.

Cauze

Infecțiile. La copiii sub 5 ani infecțiile căilor aeriene respiratorii constituie factorii declanșatori cei mai importanți. Uneori se constată o adenoidită sau o sinuzită.

Acțiunea paraziților intestinali este controversată.

Terenul alergic. Influența "terenului alergic", adică a eredității, pare foarte importantă înainte de pubertate și mai ales la copilul mic. În multe cazuri se găsesc antecedente alergice de imunoglobuline E față de unii alergeni.

Poluanți casnici. Praful din casă se recunoaște ca responsabil în multe cazuri de astm. Praful de casă este compus dintr-un amestec de origine animală și vegetală: acarieni[1] (mici paraziți), păr de animale domestice, fibre vegetale, acvarii, scuame de pe piele, mucegai, cenușă, fumul de țigară, mirosul de vopsea în curs de uscare etc. Expunerea la prafurile casnice (vacanță într-o cabană veche, mobilă și lenjerie veche înbâcsită de praf, jocuri în magazii sau grajduri etc.) declanșează adesea crize de astm.

Animalele de casă constituie adesea alergeni ce duc la sensibilizarea astmaticilor, îndeosebi la pisică ale cărei păr și salivă sunt foarte alergizante. Hamsterul, cobaiul, iepurele de casă, șoarecele, șobolanul, calul și câinele au de asemenea păr alergizant. Trebuie notat de asemenea că părul de animale este transportat de vânt în interiorul casei, chiar dacă animalul trăiește numai afară. Păsările și vânatul împăiate pot declanșa crize de astm. Veninul de viespe, albine, păianjeni joacă un rol important.

Penele din perne și plăpumi sunt socotite ca alergizante frecvente. Această "reputație" se datorește conținutului mare în acarieni.

[1] Acarienii sunt mici insecte invizibile cu ochiul liber și se găsesc în saltele, țesături din lână, perne cu pene, mochete, stofă de mobilă, pluș. Sunt abundenți pe pământ, pe pardoseală, pervazuri, care constituie adevărate rezervoare în care se refugiază.

Un număr important de mucegaiuri din atmosferă provin din ciupercile prezente în interiorul caselor mai ales la nivelul conductelor de apă (baie, W.C., bucătărie), și a conductelor de la încălzirea centrală. Ciupercile domestice cresc, de asemenea, pe plantele verzi udate des, pe deșeurile vegetale, pe țesături, picturi, zugrăveli pe pereți.

Clădirile vechi, umede, situate pe malul apelor sau în păduri pot constitui surse pentru alergii.

Alimentele. În industria alimentară se folosesc mucegaiuri și levuri pentru prepararea unor băuturi și alimente (ciocolată, brânzeturi cum sunt Camembert, unele specialități de pizza, unele aditive la băuturi, unele crustacee, moluștele, coloranții de sinteză etc.).

În sfârșit unele medicamente (unele antibiotice, produsele de contrast folosite în radiologie, anestezicele, unii hormoni) pot avea o acțiune alergică.

Climatul (aerul, poluarea). Polenurile cauzează adesea alergii de diferite forme (rinoconjunctivită periodică, traheită spasmodică, astm). Astfel de simptome survin în perioada aprilie-iunie cu o reluare în toamnă. Aceste alergii sunt determinate de polenurile gramineelor (75%), mesteacăn, plopi, ienupăr, frasini, urzici etc.

În general influența climatului asupra astmului este sigură, dar mecanismele sunt obscure. Copilul astmatic prezintă o sensibilitate deosebită la impuritățile vehiculate prin atmosferă provenite de la arderea materiilor de încălzire, deșeurile industriale, gazele emanate de mijloacele de transport, poluanții din agricultură etc.

Vântul violent determină și agravează crizele de astm, se pare prin transportul polenurilor.

Altitudinea, în general, este benefică pentru alergiile respiratorii. Dimpotrivă climatul umed agravează astmul. Variațiile bruște ale temperaturii ca și modificările brutale ale presiunii atmosferice sunt prost suportate de astmatici.

Factorii psihogeni. Psihologia comportamentală și psihanaliza au insistat asupra unui anumit rol al psihismului asupra crizelor de astm. Unele studii au permis să se înțeleagă unele interferențe între emoție și astm. Sunt multe crize de astm declanșate de contrarietăți, dificultăți școlare, neînțelegeri familiale, emoții puternice. Totuși astmul și psihismul se influențează reciproc. Însăși natura astmului, impresia de sufocare, este generatoare de spaimă. Sindromul de asfixie, cu o expirație rară, zgomotoasă creează copilului o spaimă asemănătoare cu a celui ce se înecă. În timpul sufocării, copilul se agită, se enervează, apare spaima de moarte.

Întârzierea școlară, limitarea impusă activităților fizice au repercusiuni asupra comportamentului și caracterului său. Astmaticul trăiește cu teama unei crize și se teme de tot ce o provoacă. Echilibrul psihoafectiv al copilului ține de personalitatea lui, de mediul familial, de gravitatea bolii și de eficacitatea tratamentului. Unele studii recente au ajuns la concluzia că este imposibil să se descrie o personalitate psihologică caracteristică astmului.

Cum se recunoaște o criză de astm

De multe ori la copilul mic atacul de astm este precedat de o infecție acută a căilor respiratorii superioare manifestată prin tuse. Criza propriu-zisă caracterizată prin respirație șuierătoare (uneori ca un horcăit) survine de cele mai multe ori seara sau în a doua jumătate a nopții. Această predominanță se poate explica prin condițiile meteorologice, prin hipoactivitatea nocturnă a suprarenalelor și prin expunerea la unele surse alergizante (penele din pernă, lâna din cuverturi, jucăriile din diferite stofe și praful din mediul înconjurător).

Pe măsură ce atacul progresează, horcăitul descrește fiind înlocuit cu o respirație șuierătoare; copilul nu poate expira aerul pe care-l inspiră. Dacă astmul este sever, va respira rapid, pulsul se accelerează și poate să și vomite. În cazuri foarte severe, peretele toracic pare să se turtească cu fiecare respirație, unghiile și buzele se învinețesc. Copilul devine obosit, se mișcă încet și tușește tot timpul. Un astfel de atac necesită îngrijire medicală imediată.

Cei mai mulți copii cu astm au boala cronicizată. Pot tuși în cursul zilei sau nopții, în timpul eforturilor fizice, la anumite expuneri (praf, fumul de țigară, contactul cu o pisică, polenurile gramineelor, culturile de ricin etc.).

Când trebuie chemat medicul. Dacă aveți un copil care suferă de astm, trebuie să știți situațiile care cer îngrijire imediată (medicul de familie sau internare de urgență la o secție de pediatrie de la spitalul cel mai apropiat):

– Prezintă tulburări respiratorii severe și starea lui se înrăutățește (respiră rapid, își trage peretele toracic când inspiră și scoate zgomote puternice când expiră).

– Buzele sau/și unghiile se învinețesc.

Deşi nu este la fel de urgent trebuie chemat pediatrul fără întârziere şi atunci când:

– Copilul are febră, tuse persistentă şi respiraţie şuierătoare, tulburări ce nu răspund la tratament;

– Varsă şi nu poate lua medicamentele pe gură;

– Are dificultăţi de vorbire, de somn şi de respiraţie (şuierături, tuse);

– Medicaţia primită (teofilină) se însoţeşte de efecte secundare: greaţă, vărsături, pierderea poftei de mâncare, dureri de cap, tremurături;

– Lipseşte de la şcoală.

Tratament

Astmul trebuie tratat totdeauna sub supravegherea pediatrului.

Scopul tratamentului este:

1. Prevenirea factorilor declanşatori implică: evitarea poluanţilor din cameră (fumul de ţigaretă, ţigară sau pipă, substanţă la care copilul este alergic, acarieni, peri de animale) sau din exterior (polenul, fungi), evitarea contactului cu persoane ce suferă de infecţii ale căilor respiratorii superioare, consumul de medicamente sau de alimente presupuse a fi declanşat semne de astm.

Imunoterapia (hiposensibilizarea) cu extracte alergenice se recomandă la cazuri atent selecţionate dintre copiii cu astm mediu, cu boala mitrală sub control la care a fost cert dovedită etiologia alergică (M. Stoenescu).

2. Obţinerea controlului asupra şuierăturilor, făcând plămânul să-şi recapete funcţia normală.

3. Împreună cu pediatrul părinţii vor întocmi un "program de răspuns" pentru orice atac major de astm pentru a reduce nevoia de spitalizare. Nu există medicamente care să vindece astmul, dar medicamentele folosite în prezent pot ţine boala sub control la marea majoritate a copiilor. Dacă părinţii îşi vor însuşi schemele de tratament între crize şi în timpul atacului de astm se pot realiza: *a)* obţinerea şi menţinerea controlului asupra simptomelor; *b)* prevenirea crizelor acute; *c)* menţinerea cât mai normală a funcţiei respiratorii; *d)* evitarea efectelor adverse ale medicamentelor.

4. Copilul trebuie lăsat să crească şi să se dezvolte normal, să participe la activităţile normale ale copilăriei cât mai mult posibil.

Cu aceste scopuri în minte, medicul de familie va prescrie medicaţia şi va trimite copilul la un specialist care să evalueze funcţiile respiratorii. Medicul va fixa un plan individual pentru un tratament îndelungat al formei de astm şi al vârstei copilului. Tratamentul va include probabil cum să utilizeze dispozitivele de administrare a medicamentelor sub formă de aerosoli.

Dacă astmul pare să fie declanşat de alergii severe, medicul de familie va trimite copilul la un alergolog pentru testări cutanate. Acesta poate recomanda vaccinuri pentru a coborî sensibilitatea la alergenele care declanşează criza de astm. Tratamentul constă în injectări regulate din material alergen în formă diluată. În mod obişnuit astfel de vaccinuri includ: praf, ciuperci, polenuri, insecte.

Medicaţia va depinde de stadiile de severitate ale astmului. Se va stabili un plan de tratament de lungă durată.

Medicamentele antiastmatice se împart în medicamente care controlează boala şi cele care combat simptomele apărute. Primele se administrează zilnic, neîntrerupt, pe perioade lungi de timp, de obicei la 8-12 ore. Medicamentele care combat simptomele se folosesc la nevoie pentru îndepărtarea simptomelor acute provocate de bronhospasm. În acest grup sunt cuprinse toate bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acţiune şi corticoizi sistemici administraţi pe gură sau în injecţii.

Medicaţia care controlează boala *(controllers)* şi care este cea mai activă este constituită de corticosteroizi ("cortizon"). Forma de administrare cea mai eficace pentru controlul bolii, cu cele mai reduse efecte secundare, este reprezentată de aerosoli pentru tratament bronşic: suspensii lichide în gaz propulsor sau pulberi administrate cu diferite tipuri de aparate (inhalatoare cu pulbere, nebulizator cu mască etc.). Efectul se instalează lent, după 2-4 săptămâni de tratament, efectuat sub control susţinut al medicului.

Dintre medicamentele ce controlează boala, ca antiinflamatoare fără steroizi se folosesc derivaţii cromomici: cromoglicatul disodic. Cromoglicatul este eficace pentru prevenirea bronhospasmului indus de contactul cu alergenul la 60-70% din copiii cu astm alergic şi pentru prevenirea astmului de efort (M. Stoenescu).

Bronhodilatatoarele cu acţiune prelungită (teofilina) cu eliberare lentă ce se administrează pe gură; beta$_2$-adrenergice administrate pe gură sau sub formă de inhalaţii, se recomandă de către medicul specialist în

formele severe de astm ce prezintă simptome şi atunci când se administrează doze mari de corticoizi sub formă de inhalaţii. Dozele vor fi fixate şi adaptate numai de către medic.

În cadrul medicamentelor care combat simptomele sunt incluse $beta_2$-adrenergicele cu acţiune de scurtă durată, teofilinele cu scurtă durată de acţiune şi corticoizii sistemici (pe gură sau injectabil). Dintre aceste medicamente de elecţie sunt $beta_2$-adrenergice (cu acţiune de scurtă durată, administrate sub formă de inhalaţii) şi corticosteroizii administraţi pe gură. Au un efect la fel de rapid (4-6 ore) ca al celor administraţi sub formă de injecţii. Tratamentele prin mijloace neconvenţionale (homeopatie, acupunctură, biorezonanţă etc.) nu şi-au dovedit o eficacitate certă în tratamentul astmului (M. Stoenescu).

Părinţii sunt datori să ţină legătura cu medicul de familie, cu pediatrul specialist şi cu alergologul.

Medicamentele trebuie date conform prescripţiilor medicului. Nu se întrerupe tratamentul prea curând, nu se schimbă dozele şi nici intervalul între administrări. Recomandările medicale se vor face şi în scris şi dacă părinţii nu înţeleg ceva, vor cere explicaţii. Tratamentul durează uneori ani şi ani de zile şi el trebuie adaptat şi aplicat cu rigurozitate în funcţie de stadiile astmului, de eficacitatea tratamentului, de eventualele efecte secundare ale unor medicamente.

Copilul va fi ferit de ceea ce îi declanşează atacurile ca: praful din locuinţă, fumul, expuneri de durată la polenuri, anumite animale de casă, unele alimente.

Părinţii vor întocmi un caiet în care vor nota: când apar atacurile, ce le precedă ("le anunţă"), fie că trebuie să înveţe să anticipeze crizele de astm. Dacă sunt precedate de o infecţie se va începe tratamentul cu medicamente antiinflamatoare, eventual şi cu un bronhodilatator. Nu se aşteaptă să apară tusea şi zgomotele respiratorii caracteristice pentru a începe tratamentul. Cel mai uşor şi mai bun timp de a trata accesul este să se facă înainte de a începe.

7.7.12. *Bronşiolita*

Bronşiolita este o infecţie a canalelor respiratorii mici (bronşiolele). Apare cel mai mult la sugari. Aproape totdeauna este determinată de un virus, de obicei de virusul respirator sinciţial (VRS). Boala poate fi determinată şi de alte virusuri: parainfluenzae, rujeolos şi adenovirusuri. Rareori pot fi incriminaţi unii microbi *(Haemophylus influenzae)*. Infecţia produce inflamaţia şi edemul bronşiolelor, care au ca efect blocajul fluxului de aer prin plămâni.

Adulţii şi copiii mari infectaţi cu astfel de virusuri fac numai o răceală. La sugari şi copiii mici infecţia determină de multe ori o bronşiolită. Aceasta se datoreşte faptului că la ei căile respiratorii au un calibru mai îngust ceea ce face să fie blocate mai uşor când survine infecţia şi inflamaţia.

O parte din copiii care fac bronşiolite repetate în perioada de sugar fac mai târziu astm bronşic.

Perioada în care apar bronşiolite este între octombrie şi martie. Virusurile se răspândesc prin contact cu secreţiile de la o persoană infectată. Ea se răspândeşte în familie, creşe şi în secţiile de spital.

Semne şi simptome. Începe cu semnele unei infecţii a căilor respiratorii superioare: nas "înfundat", tuse moderată şi uneori febră. După 1-2 zile copilul respiră mai rapid, cu mai multă dificultate.

– Îşi poate dilata nările ("bătăi ale aripilor nasului") şi îşi comprimă muşchii de sub cuşca toracică, în efortul de a inspira şi expira mai mult aer.

– Va utiliza muşchii intercostali şi supraclavicular ("tiraj intercostal şi supraclavicular").

– Va scoate un sunet caracteristic ca un fluierat strident numit wheezing de câte ori respiră.

– Înghite greu lichidele deoarece se frământă să respire; are dificultăţi la supt şi înghiţit.

– Pe măsură ce dificultăţile în respiraţie se accentuează, apare culoarea albăstruie a buzelor şi vârfului degetelor. Aceasta arată că respiraţia este atât de blocată încât în sânge ajunge o cantitate insuficientă de oxigen.

Dacă apar oricare din aceste semne de dificultate respiratorie, trebuie chemat imediat pediatrul.

Tratament. Nu există medicaţie specifică pentru a trata acasă o bronşiolită. În prima fază a bolii se va încerca să se uşureze simptomele de răceală. Se va combate febra (Paracetamol), se va ameliora respiraţia nazală cu picături de ser fiziologic şi se vor aspira mucozităţile. Se va da un calmant al tusei din grupul celor ce fluidifică secreţiile bronşice. Se vor administra lichide; copilul preferă lichidele clare (ceai de plante îndulcit, sucuri de fructe diluate) în loc de lapte. S-ar

putea să nu primească prea bine alimente solide. Se va asigura o bună aerisire a camerei evitându-se supraîncălzirea.

Medicamentele antiastmatice nu sunt eficace (teofilină, corticoizi, beta-stimulante).

În caz de agravare a simptomelor mai sus amintite când starea generală s-a alterat, copilul nu primește lichide și zace, în lipsa prezenței medicului în familie, va fi dus la cel mai apropiat spital de copiii unde va primi un tratament adecvat (oxigen, perfuzii endovenoase etc.).

În general, însă, cu toată spectaculozitatea simptomelor, evoluția în cele mai multe cazuri nu este gravă.

7.8. **Boli ale pielii și mucoaselor**

Pielea sugarului și copilului mic este deosebit de fragilă și predispusă la infecții și erupții de tot felul. Pentru prevenirea îmbolnăvirilor pielii la sugar se impun o serie de măsuri obligatorii: baie zilnică, lenjerie curată, spălată bine (fiartă, spălată cu săpun, limpezită, călcată cu un fier bine încins) și păstrată într-un dulap separat, curat; evitarea țesăturilor aspre sau din material sintetic; schimbarea la timp a scutecelor; tratamentul corect al diareilor etc.

Infecțiile pielii sunt frecvente la nou-născuți și sugari. Sunt produse îndeosebi de stafilococi și streptococi. În afară de câteva leziuni tipice (erizipel, furuncule) aspectul clinic nu permite totdeauna un diagnostic cauzal. Ideal ar fi să se recolteze produsul patologic respectiv (puroi, lichid din vezicule, scuame) pentru a se depista germenul care a produs boala și prin antibiogramă să se stabilească un tratament cu antibiotice local și/sau general, dirijat.

Infecțiile pielii sunt favorizate de mulți factori, dintre care amintim: *a)* infecțiile pielii și îndeosebi ale sânilor mamei; *b)* lipsa de igienă a mamei: nu se spală pe mâini înainte și după fiecare manevră de îngrijire a nou-născutului sau sugarului; nu-și spală sânii; nu face baie generală (duș) zilnic; poartă lenjerie murdară; *c)* nu se fierbe lenjeria copilului; *d)* contactul nou-născutului sau sugarului (în spital sau acasă) cu alți copii cu infecții ale pielii; *e)* când a apărut o colecție mică sau mare de puroi (folicul, abces, furuncul), se stoarce în loc să fie evacuat puroiul prin înțepare sau incizie (tăiere cu bisturiul); stoarcerea duce la pătrunderea microbilor în țesuturile din jur, în profunzime și chiar în sânge; *f)* în loc să se facă baie și "toaleta" leziunilor produse de infecție, se preferă aplicarea de tot felul de unguente sau de soluții; *g)* utilizarea de detergenți sau de săpunuri ce conțin sodă în cantitate prea mare, ceea ce duce la lezarea și infecția consecutivă a pielii; *h)* leziunile produse prin scărpinarea în caz de boli pruriginoase (care produc senzația de mâncărime); *i)* nou-născuții și sugarii handicapați biologic (prematuri, distrofici, diabetici, boli prelungite, imobilizare prelungită din cauza unor boli cronice sau aparate gipsate) sau sociali (copii nedoriți sau cu mame care refuză să aplice indicațiile medicului), se îmbolnăvesc frecvent de infecții ale pielii; *j)* obiceiul de a nu face baie copilului din teama de a nu "răci"; *k)* transpirația abundentă a sugarilor și copiilor mici îmbrăcați prea gros sau ținuți în camere prea încălzite.

Gravitatea infecțiilor pielii este dependentă de puterea de rezistență a copilului (nou-născuți, convalescenți după unele boli grave etc.), de virulența microbilor, de momentul începerii tratamentului, de gradul de conștiinciozitate a mamei.

Piodermitele. Piodermitele sunt boli produse de unii microbi denumiți piogeni (pot produce puroi). Acești microbi sunt: stafilococul și streptococul.

Foliculita. Cea mai mică leziune provocată de stafilococ este pustula stafilococică. La început se observă un mic punct roșu situat în jurul unui fir de păr. În curând, în mijlocul acestui punct roșu are o veziculă galbenă, de dimensiunile unei gămălii de ac până la cele ale bobului de linte. În acest stadiu leziunea este denumită foliculită, deoarece se găsește în jurul unui folicul pilos[1]. În ea se găsește puroi care poate fi pus în evidență prin înțepare. Foliculitele sunt leziuni foarte frecvente și în general fără gravitate. Tratamentul este totdeauna local. După ce se dezinfectează cu un

[1] Folliculus (lat. = săculeț). Foliculul pilos este sacul situat în epiderm și derm, în care sunt cufundate: rădăcina părului, o glandă sebacee și mușchiul erector al părului.

tampon îmbibat cu alcool iodat 1% sau cu Rivanol 1‰, se înțeapă colecția purulentă cu un ac sterilizat (prin fierbere timp de 20 de minute), se evacuează puroiul prin lărgirea orificiului cu ajutorul acului, se tamponează din nou cu alcool iodat și eventual se aplică pudră de antibiotice sau un unguent dezinfectant sau cu antibiotice. Se face baie generală zilnic, se fierbe lenjeria și se păstrează o curățenie riguroasă.

Abcese. De obicei sunt secundare elementelor de foliculită. Din superficiale și de dimensiuni mici, ridicăturile roșii sau pustulele devin mai mari și pătrund în profunzime, sub piele. Se simt ca niște nodozități, dure, puțin dureroase, bine delimitate. Se localizează de obicei în regiunea cefei și pe fese. În momentul în care aceste formațiuni de sub piele devin fluctuente, mai moi ("s-a colectat puroiul"), trebuie incizate. Puroiul care se scurge conține stafilococi. De aceea, se dezinfectează bine zona respectivă înainte și după incizie, se fac băi dezinfectante și se schimbă lenjeria. Un tratament cu antibiotice pe cale generală, oxacilină sau eritromicină, grăbește vindecarea și evită complicațiile. Abcesele pot să se formeze adânc în țesutul grăsos al pielii după injecții efectuate cu ace sau seringi care nu au fost bine sterilizate ("injectită").

Furuncule. Pătrunderea stafilococicelor în profunzimea pielii (derm) determină o serie întreagă de modificări, prin invadarea și distrugerea țesuturilor pe o zonă mai mare, inflamația cuprinzând mai mulți foliculi sebacei. Această leziune poartă numele de furuncul. Pot fi unice sau mai multe (furunculoza); de obicei sunt grupate. Furunculul se prezintă ca o ridicătură de culoare roșie-vie, cu dimensiuni până la cele ale unei nuci. La început, furunculul are o consistență tare și este dureros. În mijlocul său este situat un fir de păr și o pustulă cu puroi. Ulterior se poate ulcera și apare în centru o masă galbenă care se scurge în afară (popular "tâtâna" furunculului). Pe pielea capului, pe ceafă și/sau gât stafilococul poate da forme clinice diferite: pustule, foliculită, abcese și/sau furuncule. Tot stafilococul mai poate da naștere la flegmoane care sunt infecții profunde, difuze (prost delimitate).

Tratament. Este necesară o igienă riguroasă a pielii prin spălare cu apă călduță și săpun; zonele din jurul furunculelor se curăță și se dezinfectează cu Rivanol 1‰. La începutul bolii se aplică comprese locale cu apă sau soluție de Rivanol 1‰, schimbate de mai multe ori pe zi. Când apare însă fluctuența (furunculul devine moale), se face o incizie cu bisturiul și se drenează tot puroiul. Se aplică un pansament steril, care se schimbă zilnic până la vindecarea plăgii. După incizie, se pot aplica antibiotice cu acțiune asupra stafilococilor sau simple soluții dezinfectante (Rivanol). Majoritatea medicilor preferă un simplu pansament steril. La nounăscuți și sugari, în caz de furunculoză, se impune un tratament general cu antibiotice.

Intertrigo. Sub acest nume se grupează leziunile lineare ale cutelor (pliurilor) pielii. De obicei este vorba de o infecție cu streptococ sau stafilococ. De cele mai multe ori se localizează după pavilioanele urechii ("retroauricular"), unde pe un fond de piele roșie se formează un șanț murdar, sângerând sau/și acoperit de cruste. Intertrigo-ul localizat la pliul de la rădăcina coapsei face parte, de obicei, din ansamblul de leziuni apărut în cadrul eritemului fesier. În sfârșit, leziunile de intertrigo se întâlnesc în regiunea gâtului, la cutele formate de pielea sugarilor grași. Pentru prevenirea formării de intertrigo se recomandă ca după baia zilnică să se îndepărteze, prin tamponament, toată umezeala și să nu se aplice pulberi ce fermentează (amidon). După ce a apărut un intertrigo nu se vor aplica pomezi. Se preferă dezinfecția cu alcool, cu soluție de eozină, pulbere de antibiotic. În caz de infestare micotică (Candida) pulberile sau suspensiile cu Nystatin au efect favorabil.

Perlеșa sau zăbăluța este o infecție streptococică situată la colțurile (comisurile) gurii, de cele mai multe ori de ambele părți. Este o leziune care cuprinde atât pielea cât și mucoasa buzelor și gurii. Pe un fond roșu-viu și dureros se constată mai multe crăpături mici și cruste gălbui. Dacă dezinfecția simplă și aplicațiile de pomade cu cortizon și antibiotice nu dau rezultate, se apelează la atingeri cu un creion de nitrat de argint.

Impetigo (bubele dulci) este cea mai frecventă infecție a pielii la copilul preșcolar. Este foarte contagioasă și se răspândește repede în colectivitățile de copii, declanșând adevărate epidemii. Prin autoinoculare, are tendința să se generalizeze. Este produsă de streptococ, adesea însă este suprainfectată cu stafilococ. La început apare o veziculă (băsică) mică, înconjurată de o areolă roșie. Rapid, veziculele se înmulțesc. Conținutul veziculei mai întâi clar și trans-

parent, se tulbură în câteva ore. O parte din veziculele cu puroi se rup și lichidul se întărește, formând cruste galbene. Crustele sunt ovale, murdare, cu o culoare asemănătoare cu mierea ("melicerice"); elementele se grupează pentru a forma placarde aderente; dacă se încearcă să fie ridicate, apare o zonă sângerândă sau o eroziune limitată la epidermă, roză-murdară. Leziunile se localizează de obicei pe față, mai ales pe buza superioară, obraji, bărbie, pielea acoperită de păr, pliurile de la pavilioanele urechilor. Dacă nu sunt tratate, bubele dulci se întind și în alte regiuni prin mâinile copiilor sau prin lenjeria nespălată. Impetigo poate apărea în urma unei suprainfecții streptococice în toate bolile de piele pruriginoase (care se însoțesc de mâncărime). Este vorba de "impetiginizare". Toate cauzele de iritație a pielii: puricii și păduchii, râia (impetigo interdigital), eczema (impetigo al feței), prurigo strofulos (localizat pe pielea trunchiului și membrelor) pot fi la originea leziunilor de impetigo.

Tratament. Peste zonele cu cruste se aplică comprese înmuiate în soluție de Rivanol 1‰ sau în infuzie de mușețel. După căderea crustelor se pot face atingeri cu alcool iodat 1% sau soluție de violet de gențiană 1%. Dacă crustele nu se refac, se poate aplica în strat foarte subțire o pomadă cu cortizon și antibiotice (kanamicină, neomicină). Se recomandă antibiotice care acționează atât împotriva streptococilor cât și a stafilococilor. Fiind o boală foarte contagioasă, copiii cu bube dulci nu vor fi primiți în colectivitate.

Micoze. Sub acest termen sunt grupate bolile produse de ciuperci. Cele mai frecvente localizări sunt: mucoasa bucală, pielea, aparatul respirator, tubul digestiv. Contagiunea se face de la copil la copil, prin lenjerie, prin tetină, de pe pământ, prin plante sau animale. Utilizarea antibioticelor perturbează flora bacteriană intestinală și micșorează reacțiile organismului. Micozele sunt provocate de ciuperci microscopice, de obicei saprofite ale pielii sau ale mucoaselor, devenite secundar patogene (îndeosebi speciile din genul Candida).

Infecțiile cu Candida albicans (candidiaza cutaneo-mucoasă). Manifestările patologice datorate ciupercii Candida albicans sunt cunoscute de multă vreme. În ultimul timp au devenit și mai actuale datorită, pe de o parte, creșterii neobișnuite a frecvenței îmbolnăvirilor și pe de altă parte, prin utilizarea excesivă a antibioticelor. Dezvoltarea bolii micotice este favorizată însă și de alți factori: vârsta mică (nounăscuți și sugari), handicapul biologic (prematuritate, distrofie), boli febrile prelungite, tratamente cu cortizon etc.

Localizările cu Candida la copil și sugar sunt de două tipuri: a) localizările superficiale, care se explică printr-o simplă progresiune din aproape în aproape a infectării și care ating: limba, gura, faringele, tubul digestiv și aparatul respirator; b) localizări profunde, legate de o diseminare septicemică a ciupercii, care pot interesa diferite organe interne (excepțional de rare).

Stomatita albicans (muguet-ul, mărgăritărelul) este micoza cea mai frecvent întâlnită în pediatrie. Se caracterizează printr-o roșeață generalizată a mucoasei gurii și prin pete alburii mai mult sau mai puțin confluente. Câteodată se însoțește de dificultăți de supt, lipsă de poftă de mâncare, agitație. La nou-născuți și sugari tratamentul constă în spălături bucale cu o soluție de bicarbonat de sodiu și instilații cu o suspensie de Stamicină. Mama își va spăla bine sânii și-i va badijona cu suspensie de Stamicină sau de Nystatin. Lenjeria (mamei și copilului) și tetinele se fierb. Glicerina boraxată folosită până acum s-a dovedit toxică.

Manifestări alergice la nivelul pielii. a) **Urticaria.** Este o boală de piele ce apare după vârsta de 3 ani sub formă de plăci urticariene (urzicătură), care produc mâncărimi penibile. Unii copii fac urticarie ori de câte ori sunt duși la țară (polenuri, ciuperci microscopice ale plantelor sau animalelor); în anumite case, mai ales în zidurile caselor vechi, s-au dezvoltat un grup de paraziți din genul acarienilor, care sunt responsabili de o mulțime de reacții alergice cutanate și/sau respiratorii. Urticaria poate fi provocată de unele alimente vechi, alterate: ouă, prăjituri cu frișcă etc. În sfârșit, unii copii fac urticarie ("sunt alergici") la un anumit aliment: albușul de ou, carnea, ciocolata, grăsimile. Mai rar produc urticarii unele făinoase, fructe (căpșunile) sau legume etc. De la introducerea detergenților și a altor substanțe de uz casnic în gospodărie, a tot felul de conservante în alimente, a materialelor plastice în îmbrăcăminte, reacțiile alergice cutanate și respectiv urticaria au crescut foarte mult. Unele medicamente sunt și ele responsabile în apariția unor reacții de tip alergic cutanat. Înțepăturile de insecte (albine, viespe, țânțari, păianjeni) pot declanșa reacții alergice locale sau generale.

Clinic, erupția se caracterizează prin elemente localizate pe membre, pe trunchi, pe spate sau generalizate. Adesea pruritul (mâncărimea) precedă erupția. Aceasta apare sub forma unor placarde proeminente, rotunde sau ovalare, de dimensiuni variabile, palide, sau roze, mărginite de o zonă roșie ce poate fi lată de câțiva centimetri. Toată această erupție apare și dispare în câteva ore sau zile fără să lase urme. Evoluează în puseuri succesive și recidivează adeseori.

b) **Edemul Quincke** este o manifestare urticariană, caracterizată printr-o umflătură de dimensiuni variabile. Pielea ce o acoperă are culoare normală. Umflătura este moale, gelatinoasă, lucioasă, sub tensiune. Cuprinde de obicei fața, buzele, pleoapele și organele genitale. Când se localizează pe mucoasele limbii, vălului palatin și/sau esofagului apar tulburări de vorbire, de înghițire< când cuprinde glota și laringele poate surveni sufocarea.

Tratament. În primul rând se caută să se înlăture cauza declanșantă (aliment, medicament etc.). Local se aplică soluții, mixturi sau pomezi care să liniștească senzația de mâncărime și să reducă umflăturile. Pe cale generală se administrează substanțe antihistaminice (Romergan, Peritol, Feniramin pe gură). În cazuri grave (placarde eruptive generalizate, amenințarea respirației) se administrează preparate pe bază de cortizon (injectabile la început, ulterior pe gură).

c) **Prurigo simplu sau strofulos.** În primii ani de viață urticaria adevărată este excepțională, din contră prurigo este frecvent. Se observă îndeosebi între 6 luni și 5 ani. Leziunea elementară este la început o pată roșie, în mijlocul căreia se formează o ridicătură cu o veziculă mică alburie, ce conține un lichid seros. La pipăit, papulovezicula este tare. Vezicula este înlocuită curând de o crustă cenușie; dacă această crustă este smulsă, apare o mică gropiță. Elementele durează 6-10 zile. De cele mai multe ori apar pe fața de extensie (posterioară) a antebrațelor și gambelor, mai rar se întâlnesc pe trunchi și foarte rar pe față. Din cauza mâncărimii, copilul devine agitat, are tulburări de somn, uneori refuză să mănânce. Evoluția este în puseuri. Recidivele sunt frecvente, însoțite câteodată de tulburări digestive. Poate reveni la intervale de săptămâni sau luni. Diagnosticul este ușor. Confuzia se poate face între un prurigo vezicular și varicelă. Prurigo nu se localizează pe pielea capului acoperită de păr și pe mucoase; elementele de varicelă sunt mai mari și mai puțin dure la pipăit. Cauzele care produc erupția de prurigo-strofulos sunt foarte discutate. Cele afirmate mai sus la urticarie sunt variabile și în acest caz. Pe lângă cauzele externe, terenul constituțional al copilului joacă un oarecare rol. Prurigo ar corespunde unei reactivități particulare a organismului la diverse agresiuni (alimente, substanțe chimice, polenuri, veninul provenit din înțepăturile de insecte, diferiți paraziți microscopici). Ca tratament se recomandă aplicații locale de mixturi calmante și sedative administrate pe cale generală. Se îndepărtează alimentul care se suspectează a fi nociv.

7.9. **Obezitatea**

Prin obezitate se înțelege o stare anormală ce se caracterizează prin aceea că în organism se depozitează o cantitate mai mare de grăsimi decât este necesară pentru desfășurarea în condiții optime a funcțiilor sale. Obezitatea este o tulburare cronică de nutriție cu ample consecințe asupra stării de sănătate, esteticii și longevității. Se traduce printr-un exces de greutate și mărirea grosimii cutei pielii (creșterea țesutului grăsos subcutanat).

Obezitatea este cea mai frecventă tulburare de nutriție la adolescent. Nu există diferență de frecvență între cele două sexe.

În aprecierea unei obezități trebuie să se țină seama de aspectul, greutatea și înălțimea copilului și părinților săi, de cuta ("pliul") grăsimii. După unele definiții se socotește obezitate când greutatea reală a copilului depășește cu 20% greutatea ideală (din tabele).

Supraîncărcarea grăsoasă ("adipoasă") se datorează:

– fie creșterii dimensiunilor adipocitelor (celulele de stocaj ale grăsimilor) fără creșterea numărului de celule adipoase; începe de obicei la vârsta adultă;

– fie creşterii dimensiunilor celulelor adipoase, alături de care se constată şi o creştere numerică; debutează în copilărie.

Creşterea în greutate poate apărea la orice vârstă, dar cel mai frecvent se observă:

– în primul an de viaţă;
– între 5 şi 6 ani;
– în adolescenţă.

Majoritatea copiilor sunt "plinuţi" la pubertate, dar apoi revin la dimensiunile normale.

Se deosebesc mai multe tipuri de obezitate.

Obezitatea precoce (înainte de 5 ani) se datoreşte pe de o parte unor practici greşite în alimentaţia sugarului şi copilului mic şi pe de altă parte unui comportament particular al mamei. Este vorba de mama "dădacă", preocupată tot timpul dacă sugarul a mâncat tot şi cât mai mult şi care foloseşte hrana ca "liniştitor" pentru a calma copilul, iar uneori prin "dădăcirea" şi alimentaţia excesivă a acestuia, încearcă să compenseze unele emoţii, frustrări, întâmplări nefericite (avorturi sau decesul vreunui copil; disarmonii în viaţa de familie, copil mic survenit la bătrâneţe etc.). De multe ori este vorba de ecuaţia dragoste = hrană. Mama măreşte numărul biberoanelor şi al concentraţiilor de lapte, introduce precoce şi permanent cerealele şi dulciurile, este foarte încântată când sugarul mănâncă mult şi este "gras şi frumos". Sugarii şi copiii supraponderali se dezvoltă motor mai încet, se mişcă puţin iar când se îmbolnăvesc fac forme mai grave.

Măsurile de prevenire sunt foarte importante. Mai întâi trebuie ştiut că este de preferat alimentaţia la sân. Alimentele solide nu se introduc înainte de 4-6 luni. Nu se pun alimente solide în biberon. La sugarii care cresc prea mult în primele luni se va evita introducerea de cereale (cereale instant, grişul, biscuiţii etc.) şi excesul de dulciuri. La copilul mic se evită meniuri cu alimente cu valoare calorică mare (cartofii prăjiţi, grăsimile animale, prăjiturile, mezelurile etc.).

Se va face un program zilnic cu plimbări, iar la copilul după un an pe lângă ţinerea lui cât mai mult afară se vor promova activităţi fizice (jocuri, societate cu copii).

Obezitatea infantilă (şcolarul 6-12 ani) poate avea cauze multiple. Una din cauzele frecvente ale obezităţii şcolarului mic îl constituie lipsa de activitate fizică. În mentalitatea multor familii din România performanţele şcolare constituie un obiectiv permanent şi predominent. Programa analitică şcolară este foarte încărcată cu foarte multă materie de studiu şi în acelaşi timp cu un conţinut foarte dificil şi complicat pentru copii. În plus, multe cadre didactice obligă pe copii să "rezolve" sau să "facă" acasă teme foarte multe. În unele familii copilul "învaţă" aproape toată după-amiaza, uneori împreună cu unul din adulţi (părinte sau bunic). Chiar dacă nu este "ajutat" de un adult, un şcolar are de "învăţat" acasă atât de mult încât nu mai rămâne timp pentru joc în aer liber. Alteori, chiar dacă "termină" cu lecţiile timpul liber este folosit pentru vizionare la televizor. Mai ales la oraşe, copilul şcolar în afară de învăţat şi vizionarea televizorului nu mai are timp pentru altceva.

În acelaşi timp în unele cazuri copilul este alimentat necorespunzător. Din grabă sau din anxietate copilul refuză să mănânce sau "ia ceva în gură", dimineaţa, nu-şi consumă "gustarea" dată la şcoală, la prânz vine acasă şi dacă este singur se "autoserveşte" singur. Rezultatul este că şcolarul respectiv mănâncă rar, că hrana cea mai consistentă este consumată seara şi nu în prima parte a zilei, când este perioada de activitate.

Pe lângă aceşti factori în multe cazuri de obezitate cauzele se găsesc în tulburări psihice reacţionale (dificultăţi şcolare, culpabilizarea copilului la noul eşec şcolar, neînţelegeri între părinţi, pubertate precoce, gelozie faţă de alt frate, deces în familie, boli, intervenţii chirurgicale etc.). Copilul se refugiază în sine, devine adesea tacitum, mănâncă tot timpul. Sunt surogate cu care-şi rezolvă situaţii conflictuale. Obezităţile care survin într-un cadru nevrotic sunt mai dificil de rezolvat.

În cadrul clasei sau a grupului de cartier şcolarii obezi sunt frecvent ţinta ridiculizării.

Obezitatea la adolescenţi devine o problemă cu implicaţii multiple (fizice, psihice, sociale). Adolescenţii obezi sunt îngrijoraţi de "cum arată" şi pentru că nu se pot încadra standardului de grup.

Băieţii obezi pot prezenta: mameloane mari (hipertrofiate), striuri albe (vergeturi) pe abdomen şi flancurile trunchiului şi penis disproporţionat de mic. Aspectul fizic general, neputinţa de a participa la toate activităţile de grup, nonperformanţele şi inactivităţile fizice (obosesc repede, sunt molâi în practicarea

sporturilor sau alte activităţi şcolare sau de grup, sunt mai expuşi la accidente etc.).

Fetele. În general la această vârstă adolescentele sunt preocupate de modul cum arată şi de a fi în pas cu grupul (dans, îmbrăcăminte, diverse reuniuni etc.). Adolescentele obeze trăiesc însă un sentiment al neadecvării. Inserţia socială, legăturile afective cu membrii grupului (clasei) sunt mai dificile. Pe lângă disarmoniile fizice determinate de obezitate (sâni voluminoşi şi uneori diformi, trup fără talie, şolduri şi coapse disgraţioase, uneori vergeturi) se adaugă neputinţa de a se îmbrăca corespunzător vârstei.

Tratamentul obezităţii la copil comportă anumite condiţii speciale. Organismul copilului şi adolescentului, în creştere, limitează sau exclud anumite procedee terapeutice aplicabile la adult. Este interzisă restricţia alimentară totală. În cazul impunerii unui post total, organismul infantil, în creştere, pierde numai 50% pe seama grăsimii corporale. Restul scăderii în greutate se face pe seama masei corporale lipsită de grăsime.[1]

Dieta trebuie să fie săracă din punct de vedere caloric, dar este absolut necesar să conţină toate principiile nutritive necesare creşterii organismului infantil. Se aleg potrivit vârstei, tradiţiilor locale şi standardului economic al familiei alimente sărace caloric, dar variate şi cu o compoziţie care să asigure principiile de bază ale alimentaţiei organismului în creştere (proteine, minerale, vitamine). Dieta trebuie asociată cu un program intensiv de exerciţii fizice. Supravegherea medicală trebuie să fie asigurată cel puţin 5-6 luni, cu controale la fiecare 4 săptămâni.

În tratamentul obezităţii la şcolar şi/sau adolescent formulăm câteva sfaturi:

1. Încurajaţi copilul să mănânce la ore regulate. Insistaţi să mănânce la masa de dimineaţă; în acest fel prin activitatea din timpul zilei, se ard toate hidrocarbonatele şi astfel depunerile sunt scăzute. Se prevăd 3 mese principale (dimineaţa, prânz şi seara), din care masa de seară să fie puţin copioasă. Gustările (ora 10 şi după amiază) trebuie să fie cu valoare calorică mică, de preferat ca cel puţin una din ele să fie din fructe. (Vezi tabelul 7.3, pag. 308).

2. Fixaţi obiective realiste de scădere în greutate de 0,500-1 kg pe lună pentru ca să apară o ţintă mai uşor de atins de către adolescent.

3. Procuraţi un tabel cu înălţimea şi greutatea copiilor de la 0 la 20 de ani şi un tabel cu valoarea calorică a alimentelor. S-a dovedit eficace principiul unei diete "sărace în calorii, dar la alegere în ce priveşte compoziţia". Singurul principiu dietetic este respectarea strictă a cantităţii de calorii (limita superioară va fi stabilită de medic sau de un tabel). În rest, alimentele vor fi consumate, în mare parte la alegere. Lista cu alimente interzise va fi foarte scurtă. În general nu se va interzice deloc sau interdicţiile vor fi foarte puţine. În ce priveşte consumul anumitor alimente. În schimb, se va sublinia importanţa unui aport de lichide abundent dar sărac sau total lipsit de calorii. De asemenea se va sublinia importanţa alegerii cu discernământ a alimentelor încă din momentul cumpărării. De asemenea se va alege modul de pregătire pentru o bucătărie corectă, fără adaosuri care să mărească valoarea calorică (prăjire în grăsimi animale, sosuri, sare în exces etc.). Copilul va fi scutit de un plan dietetic inflexibil, unilateral şi departe de realitate. Reducerea raţiei calorice este urmată adesea de monotonia ofertei alimentare. Se repetă unele mese cu valoare calorică mică, iar unele alimente cu conţinut bogat în calorii sunt excluse cu desăvârşire în meniul copilului. De aceea în tabelul alăturat, alimentele sunt împărţite în trei categorii şi afişate în sufragerie pentru a oferi copilului unele opţiuni în alimentaţia zilnică.

4. Este nevoie de un plan zilnic al activităţii copilului sau adolescentului în care pe lângă pregătirea lecţiilor, orele de masă şi de somn să se introducă un *program de educaţie fizică.* Acest program se fixează în funcţie de vârstă şi capacitatea copilului. Un program va dura 10-15 minute şi va fi executat de două ori pe zi. Toate exerciţiile vor fi astfel alese încât să solicite funcţia circulatorie şi să poată fi executat la domiciliu. Fizioterapia urmăreşte stimularea dorinţei de mişcare, redusă la copilul obez şi se bazează pe intenţia de a trezi dorinţa de a efectua activităţi sportive.

Şcolarul se mişcă bine în jocul cu alţi copii, în timp ce adolescentul poate practica, în orele libere şi în vacanţă un sport adecvat vârstei: dansul ritmic, drumeţia, alpinismul, baschetul, voleiul, handbalul etc. Înotul, schiul, patinajul şi dansul ritmic se pot practica atât de şcolar, cât şi de adolescent.

5. Furnizaţi suportul psihosocial al obezului. Îndeosebi adolescentul se simte diferit faţă de grupul său. Încurajaţi includerea lui în grupuri care au între ei şi alţi obezi, preocupaţi de aceleaşi probleme. Încercaţi să depistaţi şi să corectaţi cauzele care pot favoriza obezitatea şi marginalizarea adolescentului în grupul

[1] Vezi alimentaţia şcolarului mic şi adolescentului (pag. 248-252).

din care face parte (restricții exagerate în ce privește contactul social și afectiv atât în familie cât și în afară, culpabilizări inutile, contradicțiile părinților în ce privește educația etc.). Copilul sau adolescentul trebuie să nu lâncezească, ci să ducă o viață activă, treptat independentă și să capete identitatea vârstei respective.

Comunicarea cu adolescenții

Comunicarea cu școlarii mici și mai ales cu adolescenții se poate face eficient dacă se urmează niște sfaturi simple:

1. Nu trebuie ținute "predici" nici de părinți, nici de profesori și nici de medic.

2. Nu dați ordine, ci totul trebuie să se desfășoare sub formă de dialog. Dați-i de înțeles că sunteți interesați de ceea ce are de spus și lăsați-l să spună tot ce are de spus. Nu-l întrerupeți, nu-l ironizați, nu ridicați tonul, nu fiți tranșant în afirmații și concluzii.

3. Fiți atenți la atitudinile "non-verbale". Nu este permis ca părinții (părintele) să stea confortabil pe un scaun, iar adolescentul să fie ținut în picioare. Uitați-vă în ochii interlocutorului, nu ridicați tonul și urmăriți-i: gesturile, agitația, emoția, dominanta preocupărilor.

Utilizați întrebările deschise, directe și evitați întrebări culpabilizante ("de ce") sau care duc la reacții de autoapărare.

În concluzie, în tratamentul obezității la copil și adolescent nu se recomandă medicamente.

TABELUL 7.3.

SEMAFOR[1] PENTRU ALIMENTELE CONSUMATE DE ȘCOLARI ȘI/SAU ADOLESCENȚI OBEZI

NU

Cartofi prăjiți, alune, nuci, plăcintă, prăjituri, bomboane, zahăr, miere, gem, stafide, jeleuri, covrigi, gogoși, chips, pește prăjit, legume prăjite, budincă, bacon, slănină, costiță, siropuri, creme, băuturi răcoritoare cu zahăr, cereale cu zahăr, clătite, napolitane.

UNEORI (OCAZIONAL)

Înghețată, unt de arahide, conserve de carne, hot dogs, șerbet, iaurt cu fructe, brânză, supe-cremă, pizza, lasagne, macaroane cu brânză, pâine integrală, cârnați, hamburger, biscuiți, omletă cu brânză.

DA

Lapte degresat, salată verde, fructe proaspete și conservate fără zahăr, legume, ouă, pește fără ulei, carne (vită, slabă de porc), pui fără piele, murături, cereale fără unt, pâine neagră (de preferat Graham), mămăliga, macaroane, orez, cartofi (nu prăjiți), brânză de vaci, telemea de vacă desărată, ridichi, ardei, castraveți, andive, praz, ceapă verde, spanac, conopidă, varză, fasole verde.

[1] În sufragerie se va plasa un astfel de tabel, la care pe margine se va desena un semafor colorat corespunzător; în primul cerc se scrie NU, în al doilea UEORI și în al treilea DA (respectiv roșu, galben și albastru).

7.10. **Convulsiile**

Termenul de convulsie se trage din latinescul *convellere* = a smulge, a dezrădăcina, a scoate. În forma tipică, criza începe brusc, fără țipăt, cu pierderea conștienței, cu plafonarea globilor oculari (ochii sunt de obicei răsturnați în sus, pupilele ascunse sub pleoapa de sus) cu întepenirea corpului, mișcări ale extremităților, paloarea și uneori cianoza (învinețirea) feței. Convulsiile pot să fie tonice (gr. *tonikos* = care se întinde), clonice (gr. *klonos* = agitație) sau, cel mai adesea, tonico-clonice. Convulsiile se definesc clinic prin: pierderea conștienței, mișcări involuntare, cu alternare de contracții și decontracții rapide ale mușchilor membrelor, trunchiului și ale feței. Se întâlnesc multe forme atipice, manifestate foarte variat: crize pur tonice; crize pur clonice; crize incomplete, localizate la o singură parte a corpului; simplă întepenire a unui segment; secuse (lat. *succussus* = zguduire) ale degetelor mâinilor și ochilor etc.

Frecvență. Crizele convulsive sau echivalențele lor apar cel mai frecvent la sugar și în prima copilărie. Nu toți copiii care prezintă convulsii devin sau sunt epileptici.

Cauze:

– Convulsiile prin leziuni organice acute sau cronice ale sistemului nervos. Astfel de leziuni reprezintă urmarea suferinței sistemului nervos la naștere (travaliu prelungit, prezentații anormale, diverse tipuri de hemoragii la naștere) sau însoțesc evoluția encefalitelor acute, meningitelor, edemul cerebral, abcesul cerebral, encefalopatiile cronice.

– Convulsiile de origine "metabolică" sunt cele care se pot întâlni în caz de: hipocalcemie, hipoglicemie, tulburări electrolitice consecutive deshidratărilor, diferite intoxicații. Dintre acestea cele mai frecvente sunt crizele prin hipoglicemie. Hipoglicemiile se întâlnesc la prematuri, la unii nou-născuți cu greutate mică. Când în cursul unei pierderi de lichide (vărsături, diaree, insolație, supraîncălzire) apar convulsii, înseamnă că au intervenit tulburări grave (deshidratare gravă, acidoză, colaps, eventual hipernatremie) și bolnavul necesită un tratament intens, prin perfuzii intravenoase.

– Diferite intoxicații pot genera convulsii: insecticidele din grupul substanțelor organofosforate - așazisul "verde de Paris", petrolul lampant; anilina din unele tuburi de culori sau din unele substanțe pentru întreținerea încălțămintei; soluțiile pe bază de alcool sau esențe pentru curățirea petelor; naftalina, deodorizante pentru W.C. etc.; medicamente.

Convulsiile febrile. Odată cu creșterea febrei se poate instala brusc o stare de contractură a mușchilor, însoțită de mișcări dezordonate ("clonii") ale membrelor și feței. Apare mai des la sugar și la copilul mic între 1 an și 3 ani, cu prilejul îmbolnăvirii de orice boală febrilă. Copilul care a prezentat cândva convulsii febrile face mai ușor convulsii la o nouă infecție. Dacă nu există un substrat organic patologic, tendința la convulsii febrile dispare după vârsta de 4 ani. Prin manifestările sale impresionante (copilul "dă ochii peste cap", se "înțepenește", își pierde conștiența), convulsia febrilă alarmează pe cei din jur; de cele mai multe ori însă trece fără nici o consecință severă. De multe ori, după câteva secunde sau minute convulsiile cedează, sunt urmate de transpirații și copilul adoarme liniștit. Acest somn trebuie respectat. Convulsiile febrile nu trebuie puse pe aceeași treaptă cu crizele de epilepsie. Într-adevăr, copiii care au prezentat o dată sau de două ori scurte crize de convulsii febrile, în marea lor majoritate rămân fără urmări. Numai un număr restrâns de copii prezintă o tendință marcată la manifestări convulsive ulterioare. În caz de convulsii, mama și anturajul își vor păstra stăpânirea de sine și vor lua următoarele măsuri: a) se vor pune 1-2 supozitoare de Paracetamol, care coboară febra și combat convulsiile; b) se vor face fricțiuni cu apă călduță sau împachetări parțiale (se înfășoară membrele inferioare de la glezne până la genunchi cu o pânză îmbibată și stoarsă cu apă rece de la robinet); c) în cazul în care convulsiile nu încetează, se va face o baie călduță prelungită. Concomitent se anunță Salvarea (961) sau medicul și se transportă copilul de urgență la spitalul de copii cel mai apropiat. La spital, pe lângă tratamente și supraveghere corespunzătoare, se vor face investigații care pot depista cauza sau substratul predispoziției la convulsii. Convulsiile prelungite sau care nu apar la începutul bolii, ci în evoluția ei ulterioară, au o altă semnificație de gravitate decât convulsiile febrile simple.

Dacă un copil a prezentat în trecut convulsii, mama este datoare să aplice cu conștiinciozitate tratamentul recomandat de medic.

Boala spasmelor în flexie sau hipsaritmia este o formă gravă de comițialitate, care survine la sugar. Crizele constau în flexia anterioară a întregii părți superioare a corpului (cap și trunchi), de durată scurtă (1-3 secunde), repetată de mai multe ori pe zi. Se însoțesc de o scurtă pierdere a conștienței, dificil de apreciat la această vârstă. Se asociază cu o regresiune psihică importantă. Aspectul electroencefalografic este foarte caracteristic: "hipsaritmie majoră". Este o formă gravă de convulsii ce necesită tratamente prelungite.

Prognosticul convulsiilor poate fi formulat numai de către medic, în funcție de cauza, durata și frecvența convulsiilor. În orice caz, convulsia demonstrează o suferință gravă a organismului și orice mamă este obligată să anunțe medicul de familie apropiat sau să ducă de urgență copilul la spital.

Tratament. Supravegherea unui copil cu convulsii va fi foarte atentă. Se va nota ora la care a început convulsia și durata ei. Se va lupta împotriva astupării bronhiilor, așezând copilul culcat pe spate pe o parte (cu capul răsturnat pe spate și situat mai jos decât trunchiul) și se vor aspira secrețiile cu o sondă moale introdusă pe nări, deoarece gura este de obicei închisă, maxilarele încleștate. La sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu o linguriță înfășurată cu mai multe straturi de tifon. Dacă sugarul este febril, i se va pune un supozitor pentru combaterea febrei (Paracetamol, Algocalmin) și, eventual, i se va face o împachetare. La copilul mare se pot pune dintr-o dată 2-3 supozitoare. Dacă toate acestea au fost ineficace, până la

venirea mașinii Salvării se vor face "împachetări" cu scutece îmbibate în apă rece, baie călduță prelungită. Orice copil cu convulsii va fi dus la spital.

Toți copiii care au prezentat convulsii se trec în evidență specială la dispensarul de copii și sunt tratați de către cabinetul de neuropsihiatrie al policlinicii. Tratamentele de durată, dintre crize, instituite de medic vor fi respectate riguros de către părinți.

Convulsiile constituie simptomul semnificativ al epilepsiei. Toți copiii cu epilepsie vor fi supravegheați atât de medicul de familie, cât și de specialistul din policlinică. Necesită tratament ani și ani de zile.

7.11. **Accidente și intoxicații**

Arsurile provocate de substanțe chimice pot fi periculoase și chiar pot primejdui viața copilului. De obicei sunt datorate neatenției adulților și subaprecierii îndemânării copiilor. Substanțele chimice necesare în gospodărie trebuie ținute sub cheie. Substanțele acide (de exemplu esența de oțet) acționează direct pe piele și mucoase (colțul gurii, limba, cerul gurii, faringele) care iau un aspect albicios. Se poate da copilului să bea lapte. În cazul înghițirii unei substanțe bazice (leșie, sodă caustică) se dă copilului să bea oțet diluat sau zeamă de lămâie.

Aceste măsuri au un rost numai dacă se iau imediat după ce substanța a fost înghițită, mai târziu nu mai au nici un efect. Nu se recomandă provocarea vărsăturilor. Copiii cu arsuri provocate de substanțe chimice trebuie transportați fără întârziere la spital.

Arsurile și opărirele sunt cauzele majorității accidentelor până la vârsta de 3 ani. De aceea copiii trebuie foarte bine supravegheați când sunt în bucătărie sau în spălătorie. Vasele conținând *lichide fierbinți* trebuie plasate în așa fel încât copiii să nu ajungă la ele. Sunt tipice accidentele întâmplate cu copiii care nu se țin încă bine pe picioare și care caută un sprijin apucându-se de fața de masă, pe care o trag, răsturnând tot ce se află pe ea. Cablurile electrice cu defecțiuni, fierul de călcat, cablurile de legătură puse în prize, prizele neacoperite pot provoca arsuri grave, prin *electrocutare*. Perna electrică poate provoca arsuri. Caloriferele încinse, sobele, ușile sobelor trebuie prevăzute cu dispozitive de protecție. Opărirea gurii, limbii, gâtului poate fi provocată de conținutul prea fierbinte al biberonului. Nu se va face duș copilului cu apă fierbinte necontrolată și nici nu se va scufunda copilul într-o cadă care se umple întâi de la robinetul cu apă caldă.

Arsurile și opăririle de gradul întâi (numai înroșirea pielii) se spală timp mai îndelungat cu apă rece, pentru alinarea durerilor; la copiii mai mari se aplică alcool și apoi comprese sterile. La arsuri de gradul al 2-lea (formare de vezicule) și al 3-lea (pierdere de substanță, sfacelare și carbonizare) se acoperă locul arsurii cu pânză curată, copilul este învelit într-o pătură și transportat de urgență la spital. În caz de opărire, nu se va încerca niciodată să se scoată îmbrăcămintea aburindă, fumegândă, ci se va turna peste copil și haine apă rece din abundență. După aceea copilul este înfășat într-un cearșaf curat și transportat de urgență la spital. Nu se aplică din proprie inițiativă pansamente, comprese cu ulei, unguente, făină, pudre, urină (!). În timpul transportului, copilul trebuie ținut la căldură, bine învelit, cu sticle cu apă caldă la extremități. I se dă să bea lichide călduțe zaharate.

Căderea cu traumatism cranian. Dacă un sugar cade de pe masa de înfășat, de pe cântar sau din pătuț, indiferent dacă apare un hematom (revărsat de sânge sub piele, prin ruperea unor vase) sau are semne de comoție (pierderea conștienței, vărsături), va fi dus la medic și i se va face o radiografie craniană. Pe zona unde se constată vânătăi, se pot aplica, fie comprese reci, fie o pungă cu gheață.

Strangularea prin hamuri, scutece, bretele, deși sau alte mijloace de fixare a sugarului este mai rară acum, căci se folosesc mult mai rar decât altădată. Șnururile lungi de la bonete, cămășuțe sau căciulițe pot să înconjure gâtul sugarului, producând o strangulare adevărată, agravată prin eforturile copilului de a scăpa din strânsoare. S-au descris cazuri de strangulări cu sforile de care se agață jucăriile sau prin gratiile defecte ale paturilor sau țarcurilor, prin scutecele sau cearșafurile cu care se leagă sugarii mari ca să nu escaladeze marginile paturilor.

De aceea, sunt interzise hamurile la copii, iar în instituțiile pentru copii, în spitale și în familie se recomandă să se folosească paturi cu margini înalte sau cu somieră deplasabilă.

Sufocarea prin lenjeria de pat este relativ rară. Acest accident se poate produce dacă sugarul alunecă sub cearșafuri și pătură, când se agită în timpul somnului sau dacă se trezește. Copilul se zbate puțin, nu țipă și nu atrage atenția anturajului. Apoi devine cianotic și-și pierde complet conștienta. Când copilul supraviețuiește, pot rămâne sechele nervoase importante.

Ca măsură imediată, copilul va fi scos la aer curat, i se va face respirație "gură la gură" și se va chema de urgență salvarea.

Semnalăm, la sugarul mare și copilul mic, posibilitatea sufocării prin pungi de material plastic. O astfel de pungă se mulează pe față, astupă nasul și gura, antrenând o asfixie rapidă, pe care copilul nu știe să o evite.

Corpii străini (sâmburi, boabe, bile, nasturi etc.) introduși în *cavitățile naturale* (nas, ureche, vagin, uretră) vor fi extrași *numai* de medicii specialiști. Orice tentativă inoportună a părinților de a scoate corpul străin (de obicei cu instrumente inadecvate), poate înfunda și mai mult obiectul, făcând uneori imposibilă extragerea prin manevre simple (se impune intervenția chirurgicală!).

Inhalarea de corpi străini este o cauză de accident (adesea mortală prin astuparea traheei și sufocare). Corpii străini inhalați pot fi particule alimentare (bomboane, alune, boabe de cereale sau de mazăre, lichid de vărsătură etc.) sau nealimentare (bile din jucăriile sunătoare, mărgele, nasturi, monede, obiecte mici din material plastic). Nocivitatea corpilor străini vegetali este bine cunoscută: ei se umflă în contact cu secrețiile bronșice accentuând asfixia.

Pătrunderea hranei sau a altor corpi străini pe trahee declanșează o reacție de tuse brutală, prelungită, cu roșirea feței, apoi în cazul în care corpul străin nu este eliminat cu învinețirea ei, organismul încercând să îndepărteze corpii străini.

Sugarii și copiii mici se înecă relativ rar în timpul meselor; mai ușor se întâmplă să se înece în timpul vărsăturilor. Este periculoasă pătrunderea de alimente sau corpi străini în căile aeriene la prematuri, la care reflexele de apărare sunt încă insuficient dezvoltate; ei se pot îneca și în timpul somnului. Este necesară internarea copilului, examenul medical atent, examenul radioscopic (pentru localizarea corpului străin radioopac) și, eventual, bronhoscopie pentru extragerea sa.

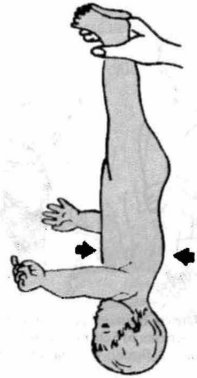


Fig. 7.14 - Manevra prin care se încearcă eliminarea corpului străin din căile aeriene la copilul mic. Săgețile indică sensul efectuării compresiunii.

Cazurile cele mai grave sunt acelea când corpul străin este fixat la nivelul laringelui sau traheei. Moartea prin asfixie este iminentă. Se vor aplica (de multe ori salvator) următoarele manevre:

– întâi se încearcă îndepărtarea cu degetul arătător a corpului străin din laringe. Tusea declanșată prin aceasta poate să favorizeze eliminarea sa;

– *sugarul sau copilul mic* va fi ridicat, suspendat de picioare și se vor aplica asupra cutiei toracice, la nivelul arcurilor costale mai multe compresiuni puternice (fig. 7.14). Dacă este vorba de un sugar și persoana care acordă primul ajutor este singură, va ține cu o mână sugarul suspendat de picioare, iar cu cealaltă îl va apăsa de 2-3 ori puternic pe propriul său corp. Compresiunea va fi efectuată la nivelul arcului costal (anterior sau posterior);

– *la copilul mai mare sau la adolescent* se va aplica manevra Heimlich (ilustrată în fig. 7.15). Ajutorul se așează în spatele copilului asfixiat, și înconjură talia cu brațele și apucă cu mâna dreaptă articulația pumnului stâng. Apoi se face mâna stângă pumn și se apasă puternic în zona epigastrică (în capul pieptului) a copilului. Presiunea asupra stomacului și

ficatului împinge diafragmul în sus, zonele inferioare pulmonare sunt comprimate, iar aerul astfel împins spre căile respiratorii superioare poate antrena corpul străin.

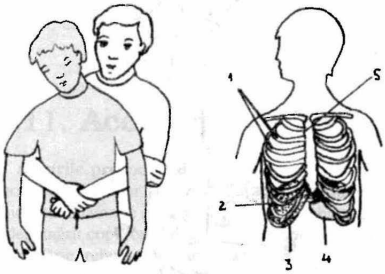


Fig. 7.15 - a) Manevra Heimlich pentru eliminarea corpului străin din căile aeriene; b) Schema organelor: 1. costale; 2. diafragmul; 3. ficatul; 4. stomacul; 5. sternul.

Manevra Heimlich este foarte eficace, dar chiar în caz de succes este traumatizantă. Bolnavul va fi transportat la medic, cu menţiunea că a fost aplicată această metodă de salvare.

Profilaxia inhalării de lichide în căile aeriene se impune la toţi bolnavii cu convulsii, în comă (intoxicaţii sau de altă cauză), accidentaţi cu hemoragii în regiunea bucofaringiană.

De aceea, transportul acestor cazuri se face într-o poziţie care să evite inhalarea lichidelor. La nevoie se înlătură cu degetul înfăşurat într-o compresă cheagurile de sânge, secreţiile etc., eliberându-se în acelaşi timp şi fosele nazale.

Intoxicaţiile (otrăvirile) accidentale sunt foarte frecvente la sugar şi copilul mic. Copilul duce şi bagă în gură tot ce se poate apuca: substanţe de uz casnic (detergenţi, petrol, sodă caustică) sau medicamente care "întâmplător" ajung la îndemâna lui.

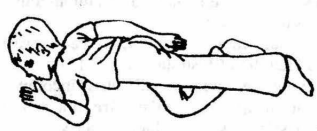


Fig. 7.16 - Poziţia copilului cu pierderea conştienţei: aşa-numita poziţie de decubit lateral stabil.

Fig. 7.17 - Provocarea vărsăturii în caz de intoxicaţii prin ingestie accidentală.

În unele cazuri se ajunge la *intoxicaţii medicamentoase* în urma unor confuzii: mama administrează ("din fugă", "din greşeală", pe "întuneric", "în timpul nopţii") un medicament care se aplică numai extern sau care este contraindicat la copii, ca de exemplu unele somnifere (Ciclobarbital), calmante ale tusei "prafuri" sedative care conţin medicamente toxice pentru sugari etc. Sugarul mai poate fi otrăvit *prin supradozarea* medicamentului, mama nerespectând cantităţile şi ritmul administrării indicate de către medic (sirop de Romergan, poţiuni expectorante sau sedative formulate de către medic).

Cea mai frecventă cauză de otrăvire este determinată de prostul şi răspânditul obicei de a pune la un loc - pe o noptieră, pe bufet sau prin sertare - toate medicamentele. O altă greşeală frecventă constă în aceea că mamele lasă pe noptieră cosmetice (colonie, pudră, deodorante, vopsea de păr etc.).

Încercarea mamei sau a persoanei din neglijenţa căreia a avut loc intoxicaţia de a ascunde restului familiei sau medicului natura şi cantitatea substanţei şi împrejurările în care a survenit otrăvirea, are consecinţe grave.

Primele ajutoare. Cele mai multe intoxicaţii prin înghiţire se descoperă nu prin simptomele de boală, ci prin constatarea că "toxicul" a dispărut.

Ce fac părinţii ? Copilul trebuie să primească multă apă (simplă sau îndulcită) cu condiţia să nu aibă starea de conştienţă pierdută şi să nu fi băut un acid (oţet) sau bază (sodă caustică). Apoi copilul este aşezat de-a

curmezişul pe coapsele unei persoane adulte (care stă pe un scaun) şi este fixat cu faţa în jos, cu capul mai jos decât restul corpului, abdomenul fiind comprimat. Adultul introduce în faringele copilului un deget (învelit într-o batistă curată) sau coada unei linguri, provocând vărsătura (fig. 7.17).

Restul de substanţă toxică, ambalajele rămase şi lichidul de vărsătură vor fi luate neapărat şi duse, odată cu copilul, fără întârziere, la cea mai apropiată instituţie sanitară pentru copii; când spitalul nu este aproape, copilul va fi dus la dispensarul teritorial, pentru a i se face o spălătură gastrică şi pentru a i se administra medicamentele adecvate.

În unele oraşe a luat fiinţă un cabinet medical de unde se oferă telefonic sfaturi pentru urgenţe medicale. Medicul de familie este dator ca pe caietul copilului să noteze şi numărul telefonului respectiv.

Reguli de bază pentru părinţi (şi pentru cadrele medii care sunt consultate telefonic în caz de intoxicaţie):

– *să se dea copilului să bea lichide;*

– *să nu se dea lapte* (cu excepţia ingestiei de acizi);

– *să se declanşeze vărsăturile* (cu excepţia ingestiei de petrol, de detergenţi, de acizi sau baze tari);

– *să nu se piardă timpul;*

– *să se prezinte medicului restul substanţei şi ambalajul;*

– *să nu se ascundă adevărul* asupra împrejurărilor în care a survenit otrăvirea.

Dintre remedii, se poate apela în primele 30 minute de la ingestie, la cărbune animal (Carbo medicinalis, dizolvat în apă sau sirop, care elimină toxicul prin fecale. De asemenea, administrarea de oleu de parafină sau de 2 g sulfat de sodiu pe an de vârstă, ca purgativ (grăbeşte evacuarea substanţei înghiţite). Lichidele date din abundenţă provoacă diureză, ceea ce grăbeşte eliminarea toxicului prin urină. Se vor lua măsuri pentru a evita răcirea copilului, care survine adesea în cursul otrăvirilor grave.

Intoxicaţia prin contactul unei *substanţe otrăvitoare cu pielea.* Copilul va fi dezbrăcat şi spălat cu duşul sau în cădiţă, cu apă multă (care se împrospătează mereu). Dacă toxicul este înglobat într-o substanţă grasă, spălarea se va face cu apă caldă şi multă spumă de săpun. La sugar nu se vor folosi alcoolul, benzina şi eterul (substanţe liposolubile) pentru îndepărtarea toxicului, deoarece aceste substanţe volatile pot deveni ele însele toxice, prin inhalare.

Se administrează copilului ceaiuri călduţe bine îndulcite (favorizează diureza).

În caz că *substanţa chimică* (substanţă acidă, caustică, var, mină de creion chimic) a ajuns la *ochiul copilului,* primul ajutor este de importanţă maximă. Se vor deschide larg pleoapele şi se va spăla ochiul din abundenţă, sub jet de apă călduţă, turnată cu un ibric (fig. 7.18).

Fig. 7.18 - Spălătura oculară în caz de leziune caustică a ochiului. Bolnavul se culcă pe partea ochiului afectat, capul depăşind puţin marginea mesei (sau patului) pentru a se putea ţine dedesubt un vas. Spălarea se face cu jet de apă călduţă, pleoapele ochiului respectiv fiind menţinute depărtate de către un ajutor.

În intoxicaţia prin medicamente administrate sub formă *injectabilă* (medicamente necorespunzătoare sau supradozate - fenobarbital, clordelazin etc.) se dă copilului să bea lichide îndulcite. Dacă înainte de a fi dus la spital, se prezintă la cabinetul medicului de familie, sora de cabinet va administra intravenos soluţie de glucoză 10-20%.

Intoxicaţiile prin inhalare (oxid de carbon de la o sobă defectă încălzită cu mangan, gaz metan, fricţii cu alcool, atmosferă de fum de ţigară, gaze de eşapament, fum de la un incendiu) copilul va fi scos imediat la aer curat; la nevoie se efectuează respiraţie "gură la gură".

Plăgile. Accidente cu răniri grave se pot întâmpla în casă, mai ales cu obiecte ascuţite (cuţite, furculiţe şi ace care nu sunt puse la loc ferit), cu jucării necorespunzătoare, precum şi în urma loviri de colţurile mobilei. La copilul mare sunt frecvente rănirile în excursii, în cursul jocului, prin căderi, lovire sau tăiere din neatenţie.

Plaga nu va fi atinsă cu mâinile nespălate sau cu lenjerie murdară. Rănile superficiale se şterg cu alcool iodat, apoi se aplică peste ele o compresă sterilă care se fixează cu o faşă sau cu leucoplast (în lipsa acestora,

cu o bandă dintr-o bucată de pânză curată). Copilul va fi dus apoi la dispensarul policlinic, pentru a se face "toaleta" plăgii de către specialist și profilaxia tetanosului (foarte important!).

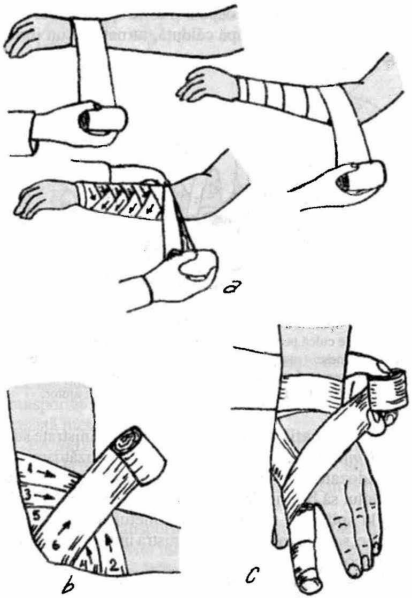


Fig. 7.19 - Câteva tipuri de pansamente: a) pansament la antebraț (în spirale sau în spic); b) pansamente la articulația cotului; c) pansamentul unui deget.

Hemoragiile pot fi: **capilare** (din vase mici, superficiale, se opresc de regulă de la sine); **arteriale** (prin lezarea unei artere se scurge sânge de culoare roșu-deschis, ritmat de unda pulsului; duc rapid la pierderi mari de sânge); **venoase** (sângele de culoare roșu-închis se scurge uniform cu viteză mică).

Primul ajutor trebuie acordat cu calm. Pentru hemoragia arterială se aplică un garou la un lat de palmă mai sus (spre inimă) de plagă. Drept garou se poate folosi o pânză îndoită, aplicată ca o "cravată" și strânsă până la sistarea hemoragiei, apoi înnodată. La nevoie se pot folosi bucăți de cauciuc de bicicletă, bretele de pantalon, fâșii de fular. Se va nota pe un bilet sau, cu pix, direct pe pielea copilului ora la care s-a aplicat garoul. Acesta trebuie să fie lărgit după 1 1/2 oră pentru 1-2 minute, pentru a permite irigarea cu sânge a segmentului ligaturat.

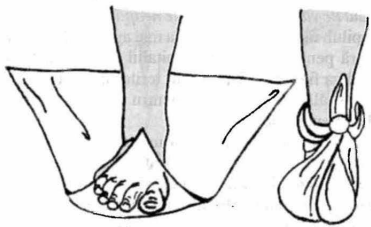


Fig. 7.20 - Bandajul unui picior cu ajutorul unui triunghi din pânză.

Fig. 7.21 - Pansament în cazul unei leziuni oculare. Se procedează similar în cazul leziunilor urechii.

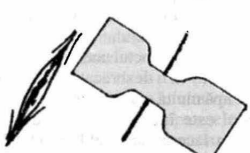


Fig. 7.22 - În cazul unei plăgi tăiate (nu prea mari) se poate realiza menținerea apropiată a buzelor plăgii cu ajutorul unei benzi de leucoplast, până la efectuarea tratamentului chirurgical.

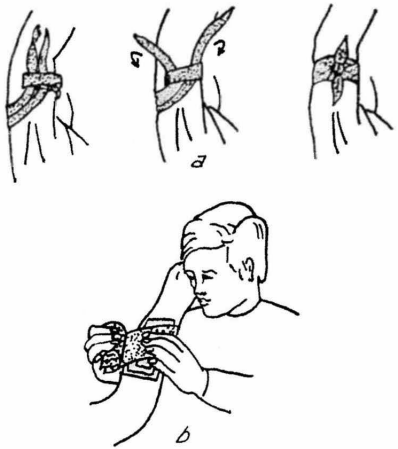


Fig. 7.23 - Efectuarea hemostazei: a) în hemoragia arterială se aplică un garou; b) în hemoragia capilară sau venoasă - un pansament compresiv.

Hemoragiile capilare şi venoase pot fi oprite prin simplu pansament compresiv (mai multe bucăţi de pansament steril sau pânză curată, fixate cu faşă).

Pentru asigurarea irigaţiei cu sânge a organelor vitale, în orice hemoragie severă se recomandă ridicarea în poziţie verticală a membrelor inferioare (şi eventual înfăşurarea lor strânsă, începând de la picior spre rădăcina membrului). Administrarea de lichide (ceai îndulcit) este necesară în orice hemoragie severă.

În figurile 7.20, 7.21, 7.22 şi 7.23 sunt schiţate câteva tehnici în asistenţa cu plăgi traumatice.

Sângerarea nazală. Copilul va sta în şezut, cu capul uşor aplecat înainte, iar mama va comprima bine narina din care se scurge sângele (sângerările uşoare încetează în câteva minute). În cazul în care sângerarea survine după un traumatism (cădere, lovitură, înţepare), copilul va fi dus la un cabinet medical ORL. Repetarea sângerărilor nazale necesită consultul medicului specialist, pentru a se constata dacă este vorba de o boală generală sau locală. De cele mai multe ori sângerările nazale sunt cauzate de leziunile de grataj prin scărpinarea în nas.

Fractura este denumirea medicală a ruperii unui os. În acest caz, membrul respectiv îşi modifică conturul şi prezintă o mobilitate acolo unde în mod normal ar trebui să fie rigid. În caz că fragmentele osoase străpung pielea (fractură deschisă), diagnosticul este şi mai evident. În principiu, dacă un copil acuză dureri violente pe traiect osos, se va proceda ca şi cum ar fi vorba de o fractură sigură. La copii există un tip de fractură, denumit "în lemn verde", în care osul nu este complet rupt (deci lipseşte mobilitatea anormală), iar conturul osos nu este prea mult modificat. În orice suspiciune de fractură, se va imobiliza segmentul lezat (atelă improvizată, atârnat de gât etc.). (fig. 7.24) şi se va transporta de urgenţă copilul la spital.

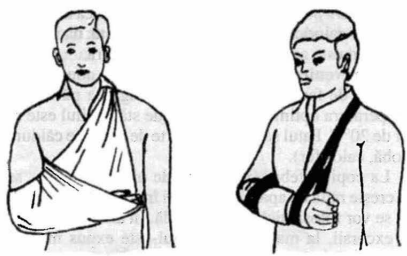


Fig. 7.24 - Imobilizarea braţului: cu ajutorul unei pânze triunghiulare sau cu ajutorul unei eşarfe.

Entorsele reprezintă rupturi ale ţesuturilor din jurul articulaţiilor. În *luxaţii*, rupturile sunt atât de mari, încât capetele oaselor părăsesc articulaţia respectivă. De obicei, aceste tipuri de leziuni traumatice *nu se* asociază cu fracturi. Şi în aceste cazuri se remarcă deformarea zonei (doar în jurul articulaţiei), dar nu există mobilitate anormală. Fiindcă durerea este deosebit de mare, se va proceda ca în cazul fracturii.

Înţepăturile veninoase. Se va extrage întâi acul insectei, apoi se va aplica o compresă cu alcool (sau cu scrum de ţigară); peste compresă se va aşeza o pungă cu gheaţă. În caz de înţepături de păianjeni veninoşi sau scorpioni (uneori, pericol mortal!), se va aplica o pungă cu gheaţă peste înţepătură, iar deasupra zonei de înţepătură se va fixa un garou; copilul va fi transportat de urgenţă la spital. La fel se procedează şi în cazul unei muşcături de şarpe. La copiii alergici cu reacţii violente şi grave după înţepături de insecte

(viespe, albină, păianjeni etc.) medicul de familie va întocmi o trusă de urgență, folosibilă la nevoie.

Supraîncălzirea (șocul caloric, insolația). Șocul caloric este un accident frecvent care se produce într-o atmosferă prea caldă. La nou-născut și sugar, șocul caloric se produce ușor.

a) **Cauze:** temperatura ridicată a mediului înconjurător, excesul de îmbrăcăminte, aportul insuficient de lichide. Creșterea temperaturii exterioare constituie elementul dominant. Originea căldurii poate fi: solară (copil plimbat în brațe sau cărucior, fără pălăriuță); lăsarea copiilor în automobile cu geamurile închise, pe o perioadă mai mult sau mai puțin lungă. Chiar dacă mașina staționează inițial la umbră, prin rotirea soarelui se poate transforma interiorul ei într-un "cuptor" a cărui temperatură poate depăși 40°C (este versiunea modernă a șocului caloric); de la o sobă prea încălzită; dacă patul copilului este așezat lângă sursa de căldură.

b) **Prevenire.** Încă de la prima vizită la nou-născut, medicul de familie trebuie să convingă pe părinți că temperatura optimă în camera unde stă copilul este în jur de 20°C. Patul se așează departe de sursa de căldură (sobă, calorifer).

La copilul febril, indiferent de originea febrei, se va crește rația de apă, copilul va fi îmbrăcat mai ușor și nu se vor folosi sticle cu apă caldă. În anotimpul cald, în excursii, la mare când copilul este expus mult la soare, va fi îmbrăcat ușor, cu pălăriuță pe cap și va bea lichide multe.

c) **Cum se recunoaște.** La început, următoarele manifestări pot atrage atenția: temperatura se ridică la 39-40°C; copilul refuză sau primește foarte puțină mâncare; pielea este roșie, congestionată, caldă și acoperită de sudoare; devine agitat, plânge, țipă, se mișcă neîncetat (ceea ce favorizează creșterea temperaturii); setea este intensă; nou-născutul sau sugarul execută mișcări de supt ori de câte ori i se apropie un obiect de buze.

În acest stadiu, un tratament simplu este suficient pentru a face să dispară toate tulburările (sustragerea de la sursa de căldură, dezbrăcarea și aportul de lichide).

În absența tratamentului, tabloul clinic se agravează: apar semne de deshidratare ca: uscăciunea limbii, ochii se înfundă în orbite, fontanela se deprimă. Dacă se prinde pielea între două degete, cuta provocată persistă. Se adaugă tulburări ale conștienței, îndeosebi crize convulsive; fața devine cenușie, cianotică, febra persistă.

În stadiul al treilea apar semne preagonice: hipotermie, paloare și răcirea extremităților, comă.

Aceste stadii se succedă foarte repede, cu atât mai rapid cu cât copilul este mai mic.

d) **Tratament.** În stadiul inițial:

– copilul va fi transportat într-o cameră răcoroasă, bine ventilată, pentru a-l sustrage acțiunii căldurii;

– va fi complet dezbrăcat și introdus într-o baie cu temperatura apei mai joasă cu 2°C decât cea a corpului său, măsurată rectal, apoi baia se va răci progresiv (o altă metodă constă în a înveli copilul cu un prosop înmuiat în apă rece);

– dacă este treaz, i se va da să bea, ghidându-se după setea copilului; dacă primește, se poate da, pe lângă ceai îndulcit și apă ușor sărată (2-3 g de sare la un litru de apă).;

– se va administra aspirină sau un supozitor de paracetamol.

În faza de deshidratare, tratamentul de urgență trebuie efectuat numai în spital.

Reanimarea cardio-respiratorie este necesară de urgență ori de câte ori funcția inimii și respirația sunt grav afectate. Primul ajutor trebuie acordat în decurs de câteva minute. O privire rapidă asupra victimei va stabili: *dacă respirația s-a oprit complet, dacă mai sunt prezente respirații rare, suspinoase și dacă bătăile inimii sunt mai prezente.* În funcție de acestea se vor adapta procedeele de reanimare.

a) *Respirația gură la nas.* Se eliberează căile aeriene de mucozități, sânge, lichid de vărsătură sau alți corpi străini (în caz de înec se lasă să se scurgă apa ținând capul victimei în jos). Se așează copilul în decubit dorsal, pe un plan dur, perfect orizontal cu capul flectat pe spate (fig. 7.25). Reanimatorul se așează lateral, cu o mână ține bărbia astfel ca gura copilului să fie închisă (împiedică alunecarea înapoi a limbii); cu cealaltă mână, aplicată pe creștetul capului, menține flexia capului. Apoi aplică etanș buzele în jurul nasului victimei și insuflă propriul aer expirator sub presiune moderată (cutia toracică a victimei se ridică). Se îndepărtează apoi, iar aerul insuflat se evacuează spontan (cutia toracică coboară).

b) *Respirația gură la gură:* aceeași tehnică, dar insuflarea aerului se face pe gura victimei, ținându-se nasul pensat (fig. 7.26). La sugar și copilul mic se pot cuprinde concomitent gura și nasul victimei.

Frecvența insuflărilor: pentru școlar (și adult) 20 pe minut; pentru copilul mic 30 pe minut; pentru sugar 35 pe minut.

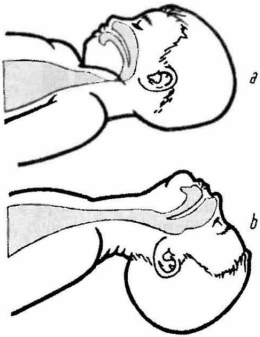


Fig. 7.25 - Poziția capului victimei, în care se asigură permeabilitatea căilor aeriene.

Fig. 7.26 - Respirația gură la gură.

c) *Masajul cardiac extern* se practică în cazul opririi bătăilor cardiace sau absenței pulsului. Reanimatorul se așează lateral de victimă (care e culcată pe un plan dur, cu capul întors lateral) și efectuează compresiuni ritmice asupra peretelui anterior toracic (în treimea inferioară a sternului) spre coloana vertebrală, în scopul comprimării inimii din care se evacuează sângele în aortă. Când compresiunea încetează, inima se umple din nou cu sânge etc. *La sugar* este recomandată tehnica bidigitală (fig. 7.27). Frecvența compresiunilor este de 120 pe minut; *la copilul mic* se practică masajul cardiac cu o singură mână, cu o frecvență de 90 pe minut; *la copilul mare și adult* se folosește tehnica bimanuală. Ambele mâini, suprapuse, execută compresiuni ritmice, mai puternice, în treimea inferioară a sternului cu un ritm de 60 pe minut (fig.7.27; 7.28).

d) *Reanimarea asociată cardio-respiratorie* îmbină ambele metode. Dacă reanimatorul este singur, execută întâi 6 insuflații, apoi 15 compresiuni toracice. Dacă are un ajutor, se practică concomitent cele două tehnici, adecvate vârstei copilului.

O măsură ajutătoare este ridicarea în poziție verticală a membrelor inferioare ale victimei, pentru a se asigura o cantitate mai mare de sânge circulant pentru organele vitale (în special pentru irigarea creierului, care suferă cel mai mult de pe urma lipsei de sânge oxigenat).

Durata manevrelor de resuscitare. În caz că nu se constată eficiența acestor măsuri, ele vor fi continuate până la venirea medicului sau cel puțin 60 de minute! În caz de eficiență - până când pielea victimei se colorează în roz, pupilele se micșorează și mișcările respiratorii se fac spontan.

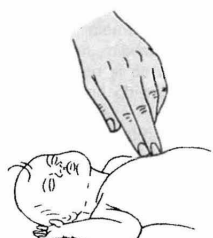


Fig. 7.27 - Masajul cardiac extern; tehnica bidigitală.

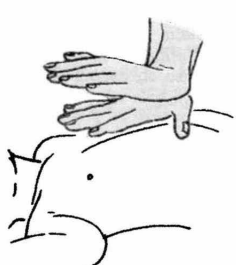


Fig. 7.28 - Tehnica masajului cardiac extern bimanual.

8 SĂ SE PREVINĂ! ESTE CEL MAI BINE

8.1. Copilul are nevoie de dragoste. Relația mamă-copil-tată

Naşterea reprezintă o veritabilă răvăşire fizică şi sufletească pentru femeie şi fătul său. În câteva momente, după travaliul naşterii sau după o cezariană, ei se despart. Pentru societate femeia devine mamă, iar fătul - copil.

În realitate o femeie, mai ales primipara (femeia care naşte prima dată), nu devine cu adevărat şi dintr-o dată mamă. Trebuie să parcurgă un drum mai mult sau mai puţin lung până când fiecare intră în rolul lui de mamă şi copil. Trebuie să înveţe să se desprindă şi să se cunoască unul pe altul, să se potrivească în toate contactele, nevoile şi actele ce le vor trăi şi face împreună. Ambii trebuie să-şi înveţe meseria şi să-şi trăiască misiunea de a conviețui împreună ca mamă şi copil, ca un cuplu care să se insere treptat cu celălalt partener de viaţă - tatăl.

Primele relaţii intime sunt carnale, fiecare cu ce este înzestrat pentru a fi de folos celuilalt şi de a se ajunge la o oarecare stare infuzională propice instalării unor interacţiuni. Primele capacităţi sunt senzoriale. El o simte, o cunoaşte şi se apropie de ea prin simţuri. Mai întâi prin piele (moale, catifelată, caldă), prin mirosul, gustul şi saţietatea ce i se oferă prin supt. Ulterior, treptat, el comunică prin auz, privire. Destinderea bruscă după chinurile travaliului şi apariţia nou-născutului (prin primul ţipăt, aspectul fizic şi mai ales luatul în braţe) induc la mamă un sentiment de dragoste, de satisfacţie, de împlinire care o fac să-i transmită aceste trăiri prin mângâiere, dorinţa de a-l ţine în braţe, de a-l privi, de a-i vorbi. Mama resimte o tandreţe unică, ce devine permanentă. Din acest moment, fiecare intră în rolurile de mamă şi respectiv de copil.

Relaţiile se îmbogăţesc fără încetare. În acest timp, tatăl nu rămâne inactiv. La început este mai timid şi fără abilitate. Se stabilesc interacţiuni asemănătoare (chiar dacă sunt manifestate diferit) care să-i permită să împărtăşească aceeaşi dragoste, de a-şi găsi rolul său în echilibrul relaţional în grupul mamă-copil-tată. Această comunitate a celor trei trebuie să se instaleze, să se adapteze şi să se diferenţieze la toate perioadele vieţii copilului. Astfel el devine tatăl copilului.

Trebuie ştiut că sentimentele de dragoste şi lungul lanţ de interrelaţii mamă-copil-tată se desfăşoară în mare, în mod fericit, dar sunt situaţii mai dificile, uneori de criză. Dragostea faţă de copil, armonia între părinţi sunt puse adesea inerent la încercare. În orice moment părinţii trebuie să dovedească tact, calm, răbdare, multă disponibilitate şi unitate de vederi şi de metode în felul cum îngrijesc copilul în mod obişnuit, dar şi în situaţii neprevăzute sau nedorite.

Amintim dintre aceste dificultăţi sau crize. La sugar unele greşeli de îngrijire corporală sau de alimentaţie din partea mamei, colicile, tulburări de apetit sau de somn. La copiii mici este nevoie de răbdare şi de rezistenţă fizică pentru a face faţă la manifestările de negativism, de "neastâmpăr permanent", de pasiunea de a răvăşi de a cotrobăi sau chiar de a distruge totul. La copilul de grădiniţă dificultăţile de adaptare în colectivitate. La şcolar tulburările de comportament şi/sau eşecurile la învăţătură. La pubertate situaţiile conflictuale cu familia, ataşarea de grupuri de parteneri cu activităţi antisociale, fumatul, alcoolismul, drogurile, vagabondajul.

Părinţii trebuie să fie solidari şi cu păreri similare în manifestările de dragoste, dar şi în măsurile de corecţie. Să păstreze o comunicare permanentă cu copiii, în dialog pe picior de egalitate, de înţelegere a mutaţiilor care au intervenit în timpurile actuale în educaţia şi comportamentul copiilor de toate vârstele.

Tot mai mult se întâlnesc situaţii de criză între părinţi şi copii cu deteriorarea sentimentelor şi

armoniei în familie ajungându-se la respingere, ostilitate, indiferență, uneori la brutalități. Și în astfel de situații trebuie să intervină măsurile de prevenție și părinții să apeleze și să colaboreze cu cadrele didactice, cu medicul de familie, cu psihologul și în situații patologice cu specialistul în psihiatrie infantilă.

Orice copil trebuie examinat în mod regulat în timpul perioadei de creștere. În toate țările civilizate s-au fixat norme și programe de consultații preventive.

Astfel, în Franța, sunt prevăzute de la 0 la 6 ani 20 de examene. Repartiția prevăzută de un decret special este de un examen pe lună, în cursul primului an de viață, un examen la fiecare trei luni în al doilea an și un examen la fiecare șase luni până la 6 ani.

În România, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" a fixat următorul ritm de supraveghere prin examene de bilanț la copilul mai mic de 4 ani: la externarea din maternitate; la 1, 2, 4, 6, 12, 18 luni; la 2, 3 și 4 ani.

Toți copiii din România beneficiază de asistență medicală gratuită din momentul nașterii și până la împlinirea vârstei de 18 ani.

8.1.1. *Medicul de familie și/sau pediatrul*

Cei doi sunt singurii care intervin după externarea din maternitate pentru asistența nou-născutului. Ei joacă un rol esențial: primirea copilului și mamei în familie, cunoașterea perfectă a familiei (copil legitim, copil dorit sau nedorit, condițiile sociale, afective, economice și materiale).

Ei devin actorii esențiali în:

- *urmărirea dezvoltării fizice* (greutate, lungime, perimetre, proporții) și *psihomotorii* (tonus, motricitate, organe de simț, inserție socială, limbaj etc.) și depistarea precoce a anomaliilor de dezvoltare;
- *alimentația*, prevenirea malnutriției, rahitismului, anemiei carențiale, cariilor dentare;
- *vaccinările;*
- *urmărirea copiilor handicapați* fizic sau psihic sau risc crescut;
- *instruirea părinților în igiena corporală, a mediului înconjurător și a activităților care contribuie la stimularea dezvoltării și păstrării de sănătate* (aer, tulburări, jocuri, sport, organizarea timpului liber);
- *preluarea problemelor socio-economice și familiale și sesizarea instituțiilor, organizațiilor, fundațiilor* care pot contribui la ameliorarea lor.

Imediat după externarea din maternitate, familia va înscrie copilul pe lista unui medic de familie (medic de medicină generală care consultă și copii; pediatri, medici specialiști în pediatrie cu cabinete care au primit autorizația de a elibera rețete gratuite și care efectuează și vaccinările).

Medicul care îngrijește copilul trebuie să îndeplinească unele condiții:

- să se priceapă în medicina copilului sănătos și bolnav;
- să aibă, pe cât posibil, o asistentă care să-l ajute în asistența copilului mai ales în primii ani: asistenta pediatrică sau o asistentă de medicină de familie; aceasta îl sprijină în vizitele la domiciliu, în instruirea mamelor în ce privește unele îngrijiri ca: tehnica alimentației, baia copilului, vaccinări, efectuarea unor tratamente profilactice sau în caz de îmbolnăviri etc.;
- să accepte: vizite la domiciliu, chemări și în timpul nopții; asigurarea unui înlocuitor în caz de concediu; să fie dispus să dea sfaturi la telefon;
- să ajute pe mamă să întocmească un "caiet de sănătate" în care medicul să scrie, la fiecare vizită, ce constată la examinarea copilului, precum și recomandările de alimentație și tratament; mama va arăta cele observate la copil (alimentație, scaune, somn, colici) și cifrele rezultate din cântăririle săptămânale în primul an de viață, trimestriale la copilul mic și anuale la copilul mare.

Între medicul de familie și familie sunt necesare relații bune, de comunicare și încredere reciprocă. Este bine ca medicul să folosească un limbaj pe înțelesul mamei, să explice termenii medicali, să nu ironizeze sau să umilească pe mamă și să nu fie grăbit.

Mama, la rândul ei, nu trebuie să aibă pretenții absurde, și să nu culpabilizeze pe medic sau pe asistenta de familie pentru greșeli absurde. Medi-

cina nou-născutului, a sugarului şi copilului mic nu este deloc uşoară şi cel mai priceput medic nu poate să precizeze diagnosticul de moment şi de viitor atât în ce priveşte starea de normalitate şi de dezvoltare normală, dar şi în cazul unor boli.

Mama şi tatăl să nu ezite să pună orice întrebare în ce priveşte dezvoltarea, alimentarea, îngrijirile şi modificările în starea de sănătate şi comportament ale copilului. Mama este de mare ajutor în lămurirea medicului cu problemele ivite, dar şi în respectarea recomandărilor. În caz de eşec în relaţia medic-părinţi, legea Casei de Asigurări de Sănătate permite schimbarea medicului de familie după minimum 3 luni de la înscrierea pe lista de pacienţi. Înainte de a aplica o astfel de hotărâre este bine ca părinţii să se gândească dacă o parte din neînţelegeri nu le aparţin. Cel mai bun medic este cel care cunoaşte bine copilul. Părinţii trebuie să se asigure că medicul nou este mai competent şi mai ales dacă acceptă să se angajeze în îngrijirea copilului în condiţiile pretinse.

8.2. Examene preventive. Orice copil are nevoie de medic

8.2.1. *Examenul nou-născutului în maternitate* *(vezi şi pag. 20-45)*

Acest examen are loc în maternitate imediat după naştere. Se controlează respiraţia, bătăile inimii, reflexele, culoarea pielii. Acest examen se face după un sistem de punctaj denumit "scorul" sau "nota" Apgar (pag. 28-29). Medicul sau moaşa controlează prin aspiraţie dacă a înghiţit lichid amniotic, dacă esofagul este permeabil şi cu ajutorul unui termometru dacă orificiul anal este prezent.

Nou-născutul se cântăreşte şi i se măsoară lungimea, perimetrul cranian şi perimetrul toracic.

Tot în maternitate se mai fac următoarele: testele de depistare ale unor boli moştenite: testul Guthrie pentru fenilcetonurie şi testul TSH pentru hipotiroidie.

În maternitate se efectuează următoarele vaccinări: BCG împotriva tuberculozei şi cel împotriva hepatitei B. În unele maternităţi se face o ecografie (cu ultrasunete) pentru depistarea luxaţiei congenitale de şold.

8.2.2. *Examenul clinic în perioada de nou-născut în familie* *(vezi pag. 57)*

Are loc imediat după venirea acasă, între a treia şi a zecea zi de viaţă. Este una din cele mai importante consultaţii ale copilului. Germanii îldenumesc examen clinic "de bază". În primul rând medicul încearcă să răspundă, după ce a stat de vorbă cu părinţii, a verificat "foaia de externare" din maternitate şi a consultat amănunţit nou-născutul dacă acesta ESTE NORMAL. Întrebare arzătoare din partea părinţilor cu un răspuns uneori dificil de concludent din partea medicului! El constată dacă nou-născutul mai are icter fiziologic (vezi pag. 30) şi dacă sunt normale pielea, aparatul digestiv, inima, ficatul, organele genitale. O atenţie deosebită acordă sistemului nervos (reflexe "arhaice", motricitate, veghe-somn, modul cum suge etc.). Încearcă să depisteze o eventuală luxaţie congenitală de şold. Verifică dacă s-au efectuat vaccinările legale: antihepatită B (AMB) şi BCG, precum şi dacă a necesitat unele tratamente medicale (oxigenoterapie etc.). Discută în amănunt asupra alimentaţiei, prevenirii rahitismului şi cariei dentare.

La această primă examinare clinică în familie se foloseşte sau, în lipsă, se întocmeşte un "caiet de sănătate" în care se consemnează datele de identitate ale părinţilor, problemele de familie (avorturi spontane, boli ereditare, convulsii, epilepsie, diabet, surditate timpurie, defecte de vedere etc.), naşterea, evoluţia în maternitate, calendarul vaccinărilor, evoluţia dezvoltării fizice şi psihomotorii, îmbolnăviri şi recomandări. Un astfel de carnet a fost elaborat de Institutul pentru Ocrotirea

Mamei și Copilului (I. O. M. C.) "Alfred Rusescu". Îl recomandăm ca fiind foarte bine întocmit.

8.2.3. *Examenul clinic la vârsta de o lună* *(vezi și pag. 123)*

Și la acest consult medicul de familie (sau pediatrul) examinează în amănunt întreg organismul insistând asupra următoarelor: bătăile inimii (număr, eventuale sufluri), artera femurală, aspectul ochilor, dimensiunile splinei și ficatului, organele genitale, cicatricea BCG.

Pe lângă acestea medicul va verifica dezvoltarea psihomotorie a copilului, respectiv defectele de dezvoltare și de comportament. Întreabă pe mamă cum suge copilul, cum crește și care este ritmul somn-veghe. O atenție deosebită acordă mișcărilor șoldurilor în vederea depistării precoce a luxației congenitale de șold. Fixează alimentația, verifică dacă s-a început profilaxia rahitismului, măsoară sugarul (greutatea, dimensiunile fontanelei anterioare și dacă cea posterioară s-a închis, perimetrul cranian și cel toracic, lungimea) și le consemnează în caiet. Inițiază pe mamă asupra importanței și calendarului vaccinării.

8.2.4. *Examenul clinic la vârsta de 2 luni* *(vezi pag. 135)*

Și la acest examen clinic medicul de familie controlează întregul sistem de organe. În cadrul verificării psihomotorii constată cum și cât ridică capul din poziția culcat pe burtă, cum ține capul și cum se sprijină pe tălpi când este susținut de axile, care este perioada de somn-veghe, cum reacționează la zgomote, cum și dacă fixează și urmărește fețele umane. Se interesează de alimentație și apreciază dacă progresele creșterii (greutate, lungime, perimetrul cranian și torace) sunt normale. Avizează pe mamă asupra vaccinărilor ce sunt programate în jurul vârstei de 2 luni (antipoliomielită, antihepatită B și trivaccinul Difteric-Tetanic-Pertussis "DTP") și o atenționează asupra eventualelor reacții.

8.2.5. *Examenul clinic la vârsta de 4 luni* *(vezi pag. 142)*

Consultul medical se face după aceeași schemă. După o convorbire prealabilă, se face examenul tuturor organelor, se verifică stadiul dezvoltării psihomotorii. Se cercetează îndeosebi vederea: cum fixează și urmărește obiectele; dacă a "descoperit" mâinile și picioarele; dacă întoarce capul după zgomote. Pe lângă acestea controlează tonusul mușchilor: de exemplu dacă sugarul flec-tează (îndoaie) picioarele, cât de des și de sus dă din picioare (pedalează). Verifică cum controlează mișcările capului, care nu trebuie să mai cadă indiferent de poziție și de mișcare: culcat pe burtă, apucat de umeri și ridicat brusc din poziția culcat în cea de așezat, susținut de axile și înclinat brusc în față și înapoi etc.

Se discută, amănunțit alimentația și se începe inițierea în ceea ce se numește "diversificare".

Se caută în regiunea parieto-occipitală dacă s-a instalat craniotabesul, care este primul semn de rahitism. La palparea capului în regiunea parieto-occipitală, craniul este mai moale, având consistența mingiei de celuloid.

8.2.6. *Examenul clinic la vârsta de 6 luni* *(vezi pag. 157)*

Medicul verifică progresele creșterii în greutate, lungime, perimetrul toracic și cel cranian. Discută amănunțit asupra alimentației: numărul meselor, cantitatea de lapte la biberon sau numărul supturilor în 24 ore, în ce stadiu este diversificarea (dacă s-au introdus cerealele; din ce este compus pireul, cum și cât primește; dacă s-a adăugat carnea), dacă au apărut unele neplăceri ca: scaune moi sau dimpotrivă constipație, eritem fesier, apetit diminuat sau selectiv.

În cadrul dezvoltării psihomotorii verifică dacă se întoarce pe o parte sau se și rostogolește; dacă din poziția culcat pe spate și apucat de degete se ridică singur pe șezut, dacă stă pe șezut pentru câteva clipe, cum se sprijină pe tălpi când este susținut de subsuoară. I se dă o jucărioară și se observă dacă o apucă, dacă o schimbă dintr-o mână în alta, cum o cuprinde cu ochii și cum o duce la gură. Se analizează cu mama manifestările din cadrul dezvoltării sociale și afective față de

părinți, de persoanele străine, la propria-i figură din oglindă.

Este momentul când strabismul a dispărut (nu se mai uită "cruciș") la majoritatea sugarilor. Medicul verifică dacă au apărut semne de rahitism (torace), care este stadiul cicatricei BCG.

8.2.7. *Examenul clinic la vârsta de 9 luni* *(vezi pag. 172)*

La examenul clinic general se verifică eventualele semne de rahitism (conformația craniului, dimensiunile fontanelei anterioare, toracele și membrele inferioare), cicatricea BCG.

La examenul psihomotor: coordonarea mișcărilor, dacă stă pe șezut nesusținut 10 minute, dacă se deplasează de-a bușilea sau în patru labe, dacă se ridică pe marginea patului și dacă pășește susținut, dacă prinde obiectele mici cu "pensa" degetul mare-arătător, dacă vede și aude bine. La această vârstă este sensibil la manifestările adultului (ceartă, agitație, mânie, veselie). Puțini încep să pronunțe cuvinte mono- și bisilabice cu adresă.

În ce privește alimentația, pe lângă mesele de lapte (simple) sau cu cereale, derivate de lapte (iaurt) ar trebui să primească piure de legume variate sfărâmate cu furculița, tăiței, carnea sub forme mai variate (fin tocată, perișoare, chifteluțe). La masa de după amiază se poate varia meniul (creme, budinci, papanași fierți cu brânză de vaci, prăjituri de casă).

Se fac recomandări asupra metodelor de stimulare a unor noi capacități: mersul nesprijinit, să bea din ceașcă, să-și țină biberonul, să muște dintr-o coajă de pâine neagră.

8.2.8. *Examenul clinic la vârsta de un an* *(vezi pag. 180)*

La examenul clinic general se insistă asupra următoarelor: sufluri cardiace; semne de rahitism; cicatricea BCG; anomalii ale organelor genitale la băieți (ectopie, hernie, fimoză); dentiția.

Creșterea în greutate ar trebui să fie cam de 3 ori față de naștere, lungimea cu o jumătate mai mult decât cea de la naștere (de ex. 50+25 cm = 75 cm), iar perimetrul cranian de circa 46 cm.

Se face un bilanț asupra dinamicii dezvoltării generale a copilului începând cu perioada de nounăscut și până la vârsta de un an. Se insistă asupra evoluției unor anomalii care au fost constatate la naștere ca: paralizia de facial, fractura de claviculă, herniile (ombilicală, inghinală), hidrocelul, ectopia testiculară, gambele "de călăreț", angioamele, ectaziile venoase de la nivelul rădăcinii nasului sau/și al cefei, cefalhematomul, bosa serosanguină, suflurile cardiace, stridorul laringian etc.

La un an orice copil sănătos trebuie să stea bine pe șezut, să se deplaseze de-a bușilea sau în patru labe, să aibă cel puțin un limbaj "pasiv" (să înțeleagă, să execute mici ordine, să imite, să comunice prin semne etc.). Unii copii merg sau chiar "aleargă" singuri, alții de-abia se ridică pe marginea patului sau se țin de mobile. Diferențele de dezvoltare sunt adesea foarte mari, dar care se încadrează în NORMAL.

Medicul folosește scala Denver pentru a aprecia stadiul dezvoltării. Din experiența noastră pentru mame este mai dificil să interpreteze aceste teste, așa că în această carte am folosit criterii mai simple, adaptate. După tabelele fixate de Institutul de cercetări ale dezvoltării copilului din München.

În ce privește alimentația, trebuie precizat că lactatele (laptele de vacă integral, laptele praf cu 3,4% grăsimi, laptele cu cereale sau biscuiți, iaurtul, brânza de vaci, brânza topită) rămân alimente de bază.

De acum copilul va fi obișnuit să mănânce din meniul familiei (masa de prânz, gustările, deserturile, sandvișurile, conservele de fructe, oul cu albuș, carnea slabă de porc etc.).

Profilaxia rahitismului (vitamina D) și a cariei dentare (fluor, evitarea excesului de dulciuri) continuă. Începe procesul lung al inserției sociale a copilului. El devine "umbra mamei". Are nevoie în primul rând de dragoste, de răbdare, de disponibilitate din partea tuturor membrilor familiei. Pe lângă cuplul mamă-tată, devin foarte necesari bunicii. Trebuie stimulate noi achiziții fizice (mers, alergare, manualitate) și psiho-sociale (limbaj, joc, societate de copii, adulți cu putere de a-i iubi). Începe lungul drum al formării deprinderilor (să mănânce singur;

să participe la îmbrăcat, încălţat, spălat; să-şi controleze sfincterele, mai întâi "oliţa" şi apoi W.C.-ul adulţilor) şi al educaţiei. Să nu se uite că cei "6 ani de acasă" sunt esenţiali în educaţia fiinţei umane.

În continuare, Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Alfred Rusescu" precizează: examinările clinice la 18 şi 24 luni, apoi anuale. Acestea vor avea în vedere antropometria (măsurătorile), examenul clinic complet, evaluarea psihomotorie etc.

Dintre acestea apreciem ca foarte importante pe cele de la 4 ani (grădiniţă), 6 ani (intrarea în şcoala elementară) şi cel de la debutul pubertate (10-11 ani).

8.3. Vaccinările

Vaccinările constau în introducerea în organism prin injecţii sau pe gură de germeni omorâţi sau atenuaţi. Aceştia determină producerea unor substanţe de apărare denumite anticorpi. Astfel de anticorpi acţionează pe un anumit germen (specific) sau asupra mai multor germeni sau chiar asupra imunităţii generale (nespecifică), aşa-zisele boli ale copilăriei (difteria, rujeola, rubeola, oreionul, tusea convulsivă, paralizia infantilă) la care se adaugă boli care se întâlnesc şi la adult, dar care îmbracă forme grave în primii ani de viaţă (tuberculoză, hepatita epidemică etc.). Toate acestea au devenit rare sau se manifestă sub forme mai uşoare datorită vaccinărilor.

Anticorpii rezultaţi în urma vaccinărilor persistă mai mulţi ani în "memoria" imunologică a persoanei inoculate. Adesea sunt necesare "rapeluri" pentru a relansa mecanismul imunologic la fiecare cinci sau zece ani. Această imunitate activă se opune imunităţii pasive obţinută injectând seruri (serul antitetanic, gamma-globulină etc.) care sunt imunoglobuline (anticorpi). Anticorpii ("străini") introduşi prin seruri au o acţiune limitată în timp (circa trei săptămâni), în timp ce anticorpii fabricaţi de organism persistă mult mai mult timp.

Orice mamă trebuie să fie convinsă că vaccinările constituie cel mai sigur mijloc de apărare împotriva unor infecţii care pun viaţa în pericol sau lasă sechele grave pentru întreaga existenţă a copilului (rujeola, inflamaţii ale creierului şi/sau pneumonii grave, paralizia infantilă cu paralizii definitive ale unor segmente ale corpului etc.). Trebuie ştiut însă că toate vaccinurile pot determina unele reacţii neplăcute, dar în general rare şi fără urmări. În general după vaccinare pot apărea roşeaţă şi umflătură la locul injecţiei, febră şi indispoziţie. Când mama observă reacţii secundare trebuie să anunţe medicul de familie.

8.3.1. *Vaccinul BCG sau vaccinul contra tuberculozei*

Vaccinarea antituberculoasă prin BCG a fost pusă la punct de francezii Calmette şi Guérin de unde şi iniţialele C. şi G. asociate la bacilul Koch atenuat obţinut în 1913. Este un produs pentru profilaxia tuberculozei.

Se administrează la nou-născuţi între vârsta de 4 zile şi 2 luni. Vaccinarea se practică la braţul stâng în treimea medie. Injectarea se face cu o seringă de unică folosinţă de 0,5 sau 1 ml, prevăzută cu ac pentru inocularea intradermică.

Nu se face la nou-născuţii subponderali (sub 2 500 g), cu boli febrile concomitente, boli acute de piele, cu deficit imunitar sau infectaţi cu virusul SIDA care prezintă simptome.

Eficacitatea. Vaccinarea cu BCG nu asigură o protecţie absolută împotriva tuberculozei, mai ales după o contaminare masivă, dar s-a probat o protecţie contra formelor grave: 80% pentru meningită şi miliaria (tuberculoză pulmonară gravă), 50% pentru alte forme de tuberculoză la copii vaccinaţi şi la care s-a dezvoltat o alergie la tuberculină.

Toleranţă foarte bună cel mai adesea. Riscurile de becegită (reacţii locale violente şi prelungite) şi adenite (vezi mai jos) sunt foarte, foarte rare.

Reacţii postvaccinare normale. În unele cazuri, după 24-48 ore în jurul punctului de inoculare a vaccinului poate apărea o roşeaţă fără semnificaţie

patologică şi care durează 2-3 zile. În decurs de 1-3 săptămâni de la vaccinare la locul înţepăturii se formează un mic nodul care creşte în dimensiuni timp de 1-2 săptămâni, putând să atingă 18-20 mm diametru. Baza nodulului este uşor întărită, iar pielea care îl acoperă devine roşie şi lucioasă. În majoritatea cazurilor, partea periferică a nodulului devine roz-pal, iar partea centrală roşu-închis, apoi violacee. La acest nivel, pielea se subţiază până la apariţia unui orificiu prin care se elimină conţinutul nodulului. Această ulceraţie cu scurgerea unei secreţii murdare timp de săptămâni de zile, este urmată de o crustă centrală înconjurată de o zonă de culoare roşie. Cu timpul, crusta se elimină şi la locul inoculării rămâne o cicatrice depigmentată (un "semn") şi uşor deprimată faţă de ţesutul care o înconjoară. În unele cazuri se formează o ulceraţie superficială cu diametrul de 10-20 mm, care supurează uşor şi evoluează mai lent spre cicatrizare. Reacţiile vaccinale durează aproximativ 3 luni, iar cele ulcerate 4-6 luni. Nu se face, în general, nici un tratament. Supuraţiile abundente se dezinfectează local cu alcool. Se face baie în mod obişnuit, cel mult se aplică în timpul scufundării în apă o compresă sterilă. Nu se stoarce. Uneori se observă o adenopatie (mărire a ganglionilor) din axila braţului respectiv.

Toate aceste reacţii nu se însoţesc de febră şi nici de modificări ale stării generale.

Reacţii postvaccinale adverse. Se consideră ca reacţii mai serioase mărirea ganglionilor cu peste 10-15 mm şi adenitele supurate. Sunt excepţionale. Părinţii vor anunţa medicul de familie care îi va îndruma la Dispensarul T.B.C. teritorial.

8.3.2. *Difterie, tetanos, tuse convulsivă (vaccinul DTP)*

Vaccinările împotriva difteriei, tusei convulsive (pertussis, tusea măgărească) se fac în vaccin-combinat într-o singură înţepătură (vaccinul DTP). Acest vaccin este necesar şi trebuie administrat multă vreme după o anumită schemă (vezi planul vaccinărilor). Ca reacţii secundare se observă uneori creşterea temperaturii până la 39°C. Unii copii sunt neliniştiţi şi ţipă chiar ore întregi. Reacţii mai de temut pot surveni din partea fracţiunii pertussis la sugarii cu suferinţe nervoase în trecut (scorul Apgar mic la naştere, encefalopatii grave, epilepsii, meningoencefalite în antecedente, diabet, cardiopatii decompensate, nefropatii). Temporar, vaccinarea este contraindicată în caz de stări febrile, boli infecţioase acute, alergii manifeste.

Difterie. Tetanus. (DT). Când un copil nu poate fi vaccinat împotriva tusei convulsive se va administra numai combinaţia difterie-tetanos (DT). Protecţia vaccinului durează ani de zile.

Reacţii secundare. Febra este rară şi numai mică. Numai ocazional apare umflare şi roşeaţă la locul injecţiei. Rareori lasă ca urme un mic nodul dur care poate persista luni de zile şi care cu timpul dispare. Când copilul are reacţii mai puternice trebuie anunţat medicul. Vezi planul vaccinărilor.

Planul (calendarul vaccinărilor) (tabelul 8.1).

TABELUL 8.1

SCHEMA DE VACCINARE RECOMANDATĂ PENTRU COPII ŞI ADOLESCENŢI ÎN CADRUL PROGRAMULUI NAŢIONAL DE IMUNIZĂRI ÎN ANUL 2000

Vârsta recomandată	Vaccinul	Comentarii
0-7 zile	BCG, Hep B	În maternitate
2 luni	DTP, VPOT, Hep B	Simultan
4 luni	DTP, VPOT,	Simultan
6 luni	DTP, VPOT, Hep B	Simultan
9-11 luni	Ruj	
12 luni	DTP, VPOT	Simultan
30-35 luni	DTP	
7 ani (clasa I)	DT, Ruj	Campanii şcolare
9 ani (clasa a III-a)	VPOT, Hep B	Campanii şcolare
14 ani (clasa a VIII-a	DT, BCG	Campanii şcolare
24 ani	DT	Şi la fiecare 10 ani, ulterior
Studenţi anul I respectiv elevi anul I, de la facultăţile de medicină şi stomatologie, respectiv de la şcolile sanitare postliceale	Hep B	Campanii şcolare

DTP Vaccin anti-diftero-tetano-pertussis
VPOT Vaccin anti-polio oral trivalent
Hep B Vaccin contra hepatitei B
Ruj Vaccin anti-rujeolic
BCG Bacil Calmette Guérin (vaccin anti-tuberculos)
DT Vaccin bianatoxina diftero-tetanică (se utilizează după vârsta de 14 ani)

Notă: a) Pentru administrarea tuturor vaccinurilor se vor utiliza numai seringi şi ace de unică folosinţă. *b)* Schema a fost prelucrată din Protocoalele în îngrijirea copilului, vol. 2, pag. 54, redactată de I.O.M.C.

8.3.3. Tetanus

Sugarii şi copiii mici primesc prin vaccinările ce se fac după Planul vaccinărilor constituit de Ministerul Sănătăţii şi Familiei vaccinul împotriva răninilor infectante (sau murdare) prin combinaţia de difterie-tetanus sau difterie-tetanus-pertussis (DTP) sau chiar cu alte combinaţii (Haemophilus).

Pentru o apărare sigură, vaccinarea antitetanică trebuie efectuată toată viaţa, la fiecare 10 ani, iar în caz de răniri la 5 ani.

Reacţii secundare. Vaccinarea antitetanică este, de regulă, bine tolerată. Foarte rar pot surveni o întărire şi o roşeaţă la locul injecţiei, care nu necesită vreun tratament.

8.3.4. Poliomielita (paralizia infantilă)

Boală groaznică. În cursul şi după epidemiile de paralizie infantilă rămâneau sute şi chiar mii de oameni cu paralizii parţiale sau ale tuturor grupelor musculare periferice. Îmi amintesc cum prin anii 1945-1946 când apărea o epidemie de paralizie infantilă, echipe de studenţi medicinişti erau mobilizate în Gara de nord pentru a "ridica" şi "duce" la Spitalul de boli infecţioase "Colentina" persoanele care plecaseră de acasă pe "picioare" şi în tren paralizaseră. Spaima era cumplită şi în colectivităţile de copii (creşe, cămine şi grădiniţe) unde, în afară de "izolare" şi de suspendarea tratamentelor injectabile, toate celelalte măsuri erau iluzorii.

Numai descoperirea vaccinului contra poliomielitei în anul 1954 şi punerea în practică a vaccinării în masă a reuşit să stăvilească apariţia bolii.

Se pare că poliomielita a dispărut în România şi în ţările industrializate din anul 1954. Există două feluri de vaccin contra poliomielitei: *Vaccinul oral viu-atenuat Sabin* este cel mai folosit. La noi în ţară este cel ales. Oferă o bună protecţie. Este contraindicat în caz de deficit imunitar şi la femeile însărcinate, la care poate provoca o poliomielită vaccinală, cel mai adesea benignă. Se ia cu linguriţa sau pe o bucată de zahăr. Când copilul îl dă afară (îl "scuipă", îl regurgitează, sau îl varsă), este prudent să i se dea a doua doză. Sugarul va fi ţinut în braţe, iar copilul culcat pe spate, cu braţele fixate. Unii preferă să-l dea cu o seringă fără ac.

Trebuie să se evite să se dea acest vaccin la copiii care suferă de diaree, pentru că eficacitatea sa este atenuată şi accentuează sindromul diareic.

Administrarea pe gură a vaccinului antipoliomielitic se face în acelaşi timp cu injecţia cu vaccin DTP.

Vaccinul omorât injectabil Salk este mult mai scump. El dă o mai bună protecţie individului, dar nu acţionează la nivelul intestinului contrar vaccinului viu. El se practică pe cale injectabilă, asociat cu DTP.

Reacţii secundare. În cazuri rare scaunele devin moi pentru una până la două zile. Nu se ia nici o măsură; cel mult în loc de ceaiuri se va da apă (decoct) de orez (vezi pag. 224). Rareori se observă o diminuare a apetitului.

8.3.5. Haemophilus influenzae typ b

Bacteria Haemophilus influenzae Typ b (Hib) produce o serie de infecţii grave, care pun în pericol viaţa copilului: meningita, infecţiile pulmonare, laringita, otita medie. Vaccinarea se poate face simplă sau combinată cu DTP. După a treia inoculare apărarea imunitară durează ani de zile. Copiii fără imunizarea de bază pot fi apăraţi până în al patrulea an de încă o injecţie.

Reacţii secundare. Vaccinarea este foarte bine tolerată. Febra se combate cu Paracetamol sau Nurofen, iar roşeaţa cu o compresă umedă cu apă rece. Pentru reacţii mai violente se anunţă medicul.

8.3.6. Vaccinul antirujeolos (VVR)

Vaccinul viu antirujeolos (VVR) conţine virus rujeolos viu atenuat. Conferă o protecţie împotriva rujeolei de circa 90%. Este bine tolerat şi complicaţiile sunt excepţionale în comparaţie cu cele produse de rujeola naturală.

Vârsta. Vârsta medie la care poate fi administrat este între a 12-a şi a 16-a lună de viaţă. Poate fi administrat de la vârsta de 9 luni. Sub această vârstă (9 luni) sugarii pot să răspundă la vaccinare, datorită anticorpilor transmişi de la mamă. Revaccinarea se face la 6-7 ani (clasa I).

Calea de administrare: subcutanată (sau intramusculară).

Prezentare: izolat (recomandat oficial la noi); asociat rujeolă-rubeolă-oreion la noi în ţară facultativ; în alte ţări (Germania, Franţa, Anglia; SUA este asociat).

Toleranţă: foarte bună toleranţă la locul injecţiei; între a 5-a şi a 12-a zi după vaccinare este posibil să apară reacţii care amintesc semnele rujeolei (febră, secreţie nazală, apetit diminuat, somnolenţă sau agitaţie şi erupţie rujeoliformă uşoară).

Vaccinarea oricărui copil care ar fi făcut boala sau care ar fi fost vaccinat este fără riscuri. În consecinţă vaccinul triplu rujeolă-rubeolă-oreion se poate face la orice vârstă. Această vaccinare se poate face chiar dacă subiectul respectiv a fost imunizat faţă de una din aceste boli prin boală sau vaccinare.

Contraindicaţii: boli infecţioase acute cu afectarea stării generale (amigdalite, pneumonii, otite etc.), tuberculoză evolutivă, boli transmisibile şi infecţioase pe o perioadă de 14 zile de la începutul fazei acute, copii trataţi cu steroizi (cortizon), citostatice şi iradieri (cancer) sau cu SIDA, alergii severe. De asemenea, nu se vaccinează copiii care sunt în contact strâns cu femei gravide.

8.3.7. *Vaccinul contra hepatitei B (vaccin inactivat)*

Este un vaccin antiviral inactivat preparat dintr-o fracţiune antigenică şi neinfectantă. Produce o imunitate împotriva hepatitei B în proporţie de circa 90%. Imunitatea apare la o lună după a doua injecţie şi persistă circa 5 ani.

În planul de injecţii de la noi sunt prevăzute inoculări: la nou-născut, la 2 luni, la 6 luni, între 7 şi 9 ani şi la studenţii de la facultăţile de medicină şi stomatologie, respectiv de la şcolile sanitare postliceale.

Mod de administrare: la sugari şi copii mici în coapsă, iar la adulţi în muşchiul deltoid (braţ). Injecţii intramusculare; calea subcutanată se foloseşte în caz de risc hemoragic grav (hemofilie etc.).

Contraindicaţii: infecţii febrile severe.

Efecte nedorite (rare şi benigne): durere locală moderată (20 la 25%) şi/sau febră uşoară, care durează mai puţin de 24 ore, induraţie locală foarte rară (7%), greţuri şi/sau diaree (foarte, foarte rare).

În pagina 325 este reprodus textul despre "Vaccinări" din volumul al 2-lea de "Protocoale în îngrijirea copilului", publicat de Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Alfred Rusescu".

8.4. Creştere. Dezvoltare. Evaluări

În cadrul măsurilor de prevenire în asistenţa copilului, un obiectiv esenţial este *diagnosticul precoce al dezvoltării.*

Prin termenul de "dezvoltare" se înţelege ansamblul fenomenelor care participă la transformarea progresivă a fiinţei umane de la concepţie până la vârsta adultă.

Dezvoltarea fizică este rezultatul unui proces de *creştere* şi a unui proces de *maturaţie.*

Creşterea somatică este creşterea corporală, este mărirea în lungime (talia), greutate, în suprafaţă sau în volum a diferitelor părţi ale corpului, ale tuturor organelor şi ţesuturilor ce-l compun.

Maturaţia reprezintă mai mult de un proces de multiplicare, o *perfecţionare* a structurilor şi funcţiilor în evoluţia spre starea adultă (ex.: maturaţia neuromotorie, dentară, sexuală etc.).

Dezvoltarea psihică interesează diferite sectoare. Ele sunt separate din raţiuni didactice şi practice. Astfel se pot distinge: o dezvoltare motorie, senzitivă, cognitivă, afectivă şi socială. De fapt, toate acestea sunt interdependente şi denumite în general psihomotor.

8.4.1. *Dezvoltarea somatică (corporală, fizică)*

Factorii care intervin în dezvoltarea somatică sunt:

- cu rolul cel mai important: genetici şi rasiali; talia copiilor se evaluează în funcţie de talia părinţilor;
- nutriţionali: taliile mici sunt legate de carenţe nutriţionale;
- endocrinieni: hormonii care intervin în primul rând în mecanismul de reglare executând programe "genetice" sunt: în primul rând hormonul de creştere (staturală), dar şi hormonii tiroidieni şi sexuali (de maturaţie);
- psihoafectivi: un mediu foarte nefavorabil poate fi responsabil de unele nanisme zise "psihoafective".

În practică, creşterea este evaluată prin măsurările taliei, greutăţii, perimetrului cranian şi examenul dentiţiei.

8.4.2. *Curbele ("culoarele") de creştere*

Aşa cum s-a scris în cuprinsul acestei cărţi (capitolele în care se prezintă examenele lunare la sugar şi anuale la copilul mai mare), de fiecare dată au fost măsurate: greutatea, talia, perimetrul cranian.

- în fiecare lună până la vârsta de 6 luni;
- în fiecare lună sau la 2 luni până la un an;
- apoi mai spaţiate: până la 3 ani de 4 ori pe an (trimestrial), şi 1-2 ori pe an până la 18 ani.

La examenele periodice prevăzute de I.O.M.C., de fiecare dată medicul măsoară greutatea, talia (lungimea), perimetrul cranian (până la 5 ani) şi perimetrul toracic (0-2 ani). Familia va consemna pe caietul întocmit din momentul naşterii măsurătorile periodice. După vârsta de 2 ani este recomandabil să se însemne pe tocul unei uşi din apartamentul familiei progresele anuale staturale.

În Carnetele de sănătate folosite legislativ în străinătate, "Carnetul meu" publicat de I.O.M.C. urmărirea creşterii se face prin *curbe de creştere*.

În prima parte a acestei cărţi sunt descrise tehnica acestor măsurători (greutate, lungime, perimetre).

Parametrii de creştere ai fiecărui copil sunt trasaţi (de către medic sau părinţi) şi se compară cu datele înscrise în curbele de creştere ale unei populaţii de referinţă. Datele antropometrice trasate de aceste curbe sunt acceptate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.) încă din 1979 ca standarde internaţionale. Cifrele obţinute la fiecare măsurătoare sunt notate pe acest grafic şi comparate cu curbele de creştere internaţional-valabile tipărite pe aceste reprezentări grafice. În paginile următoare sunt preluate din "Carnetul meu" elaborat de I.O.M.C. (pag. 331).

Curbele de creştere astfel obţinute permit:

- pe de o parte să se compare un copil cu media vârstei, reprezentată pe curbele de creştere cu standardele internaţionale;
- pe de altă parte, să se aprecieze dinamica creşterii proprii (viteza de creştere).

Curbele sunt exprimate în deviaţii standard (DS).

Datele obţinute pot, de asemenea, să fie cifrate în percentile. Evaluările se fac în ordine crescândă (mediana situându-se la 50 percentile): 50% dintre copii se situează deasupra acestei mediane şi 50% dedesubt de aceasta. O populaţie normală se situează între a 3-a şi a 97-a percentilă. Această metodă de referinţă este mai potrivită pentru greutate. La noi în ţară, nu s-a generalizat folosirea curbelor de creştere. În plus, în tabelul 8.2 sunt prezentate câteva repere în evoluţia normală a greutăţii, taliei şi perimetrului cranian.

TABELUL 8.2

REPERE DE CREŞTERE (CIFRE MEDII)

Vârsta	Greutatea		Lungimea		Perimetrul
	Fete	Băieţi	Fete	Băieţi	cranian 32 cm
Naştere	3000	3200	50 cm	52 cm	
3 luni	5300-5500	5750-6000	60 cm	60 cm	39-40 cm
6 luni	7000-7200	7400-7600	64	65	42-43
9 luni	8000-8500	8000-9000	68	69	44
1 an	9200 (de 3 ori greutatea de la naştere)	9700-10000	72	74	45-47
4 ani	16 kg	16 kg	102	104	50 cm
6 ani	21 kg	24 kg	118	124	50-52 cm
8 ani	26 kg	26 kg	130	129	-
10 ani	32,5 kg	32,5 kg	140	140	-
12 ani	41,5 kg	40 kg	153	150	-
14 ani	52,5	50 kg	162	163	-

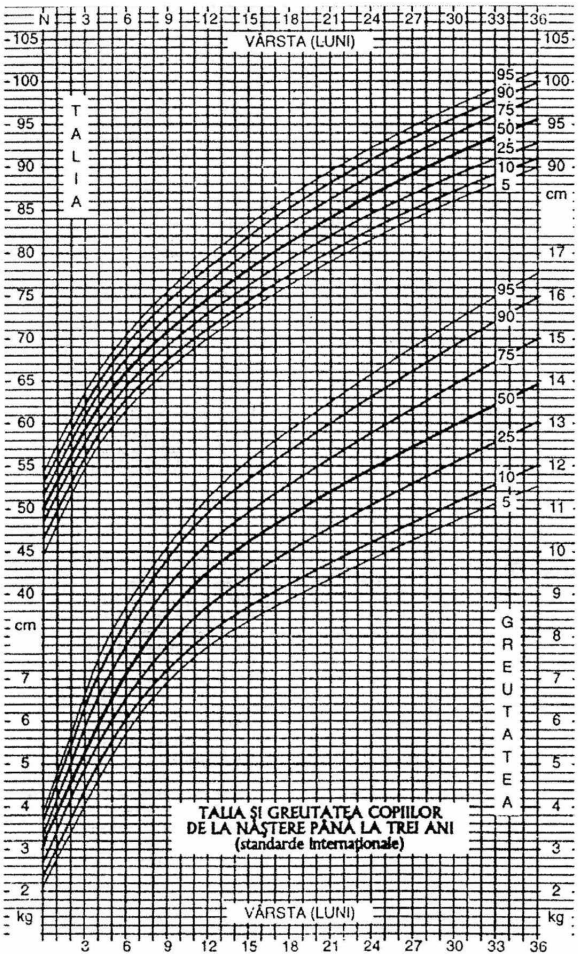
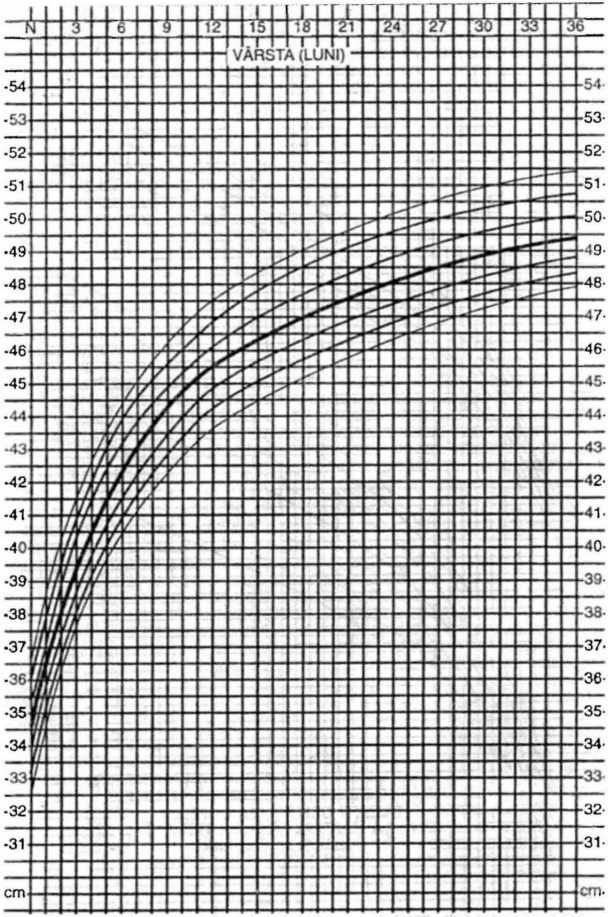

N
3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36
VÂRSTA (LUNI)
105 100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 cm 7 6 5 4 3 2 kg
TALIA
95 90 75 50 25 10 5
cm
17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 kg
GREUTATEA
TALIA ŞI GREUTATEA COPIILOR
DE LA NAŞTERE PÂNĂ LA TREI ANI
(standarde internaţionale)
VÂRSTA (LUNI)
3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36

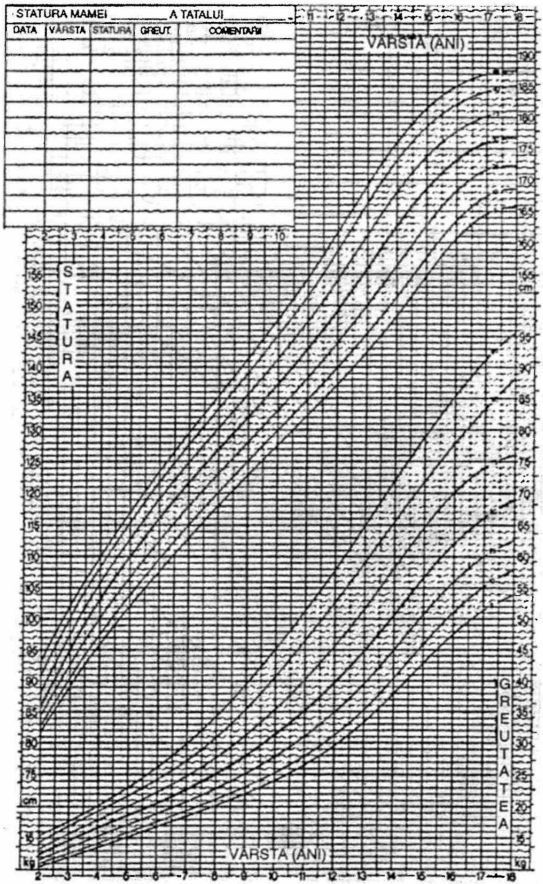
Fig. 8.1.



PERIMETRUL CRANIAN DE LA NAȘTERE PÂNĂ LA 36 LUNI
(standarde internaționale în percentile)

Fig. 8.2.

TALIA ŞI GREUTATEA BAIETILOR DE LA 2 LA 18 ANI
(standarde internaţionale în percentile) *



* Reproducere după „Carnetul meu", editat de I. O. M. C.

Fig. 8.3.

TALIA ŞI GREUTATEA FETELOR DE LA 2 LA 18 ANI
(standarde internaţionale în percentile)

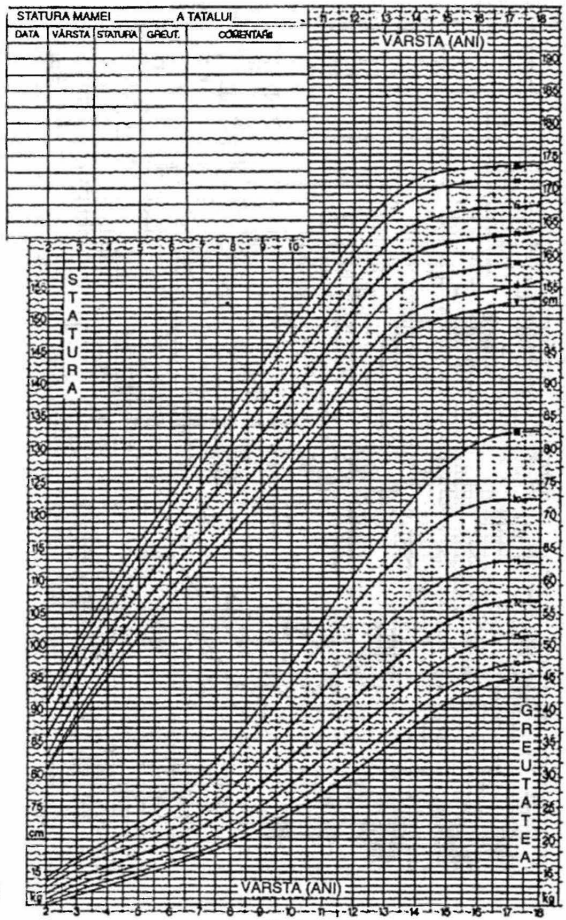


Fig. 8.4.

Trebuie reamintit că, atunci când un copil creşte, el nu ia numai în greutate şi lungime, ci se dezvoltă psihic şi social. Fiecare copil are propriul său "tempo" şi măsurătorile trebuie apreciate în linii mari. În ce priveşte dezvoltarea psihică şi socială, situaţiile sunt şi mai dificile. Graniţele normalului sunt şi mai greu de delimitat. La examenele medicale periodice, medicul întreabă pe părinţi despre observaţiile lor şi este singurul în măsură să-şi dea cu părerea şi să răspundă la întrebările şi îndoielile părinţilor.

8.4.2.1. *Prea mare sau prea mic?*

Cât va fi de mare? Aşa cum s-a spus mai sus, talia ţine de factorul genetic (moştenit). Cât despre înălţimea aproximativă pe care o va avea la vârsta adultă, părinţii pot face următorul calcul:

Pentru băieţi: $\frac{\text{talia tatălui plus talia mamei}}{2} + 6$ cm.

Pentru fete: $\frac{\text{talia tatălui + talia mamei}}{2} - 6$ cm

8.5. Câteva sublinieri despre alimentaţie

În primele luni de viaţă, copilul primeşte numai alimente gata preparate. După aceea bazele unei alimentaţii corecte sunt aceleaşi ca şi pentru alimentaţia adultului: multe fructe şi zarzavaturi, cereale, lactate, puţină carne şi mezeluri, cu evitarea excesului de dulciuri şi limonade furnizate comercial.

8.5.1. *Primele 4 luni: perioada laptelui*

Cea mai bună soluţie pentru sugar în primele luni de viaţă este alimentaţia la sân. Laptele de mamă conţine tot ce trebuie pentru sănătatea copilului; creştere, componente care-l apără împotriva infecţiilor. Din incidentele uşoare ale alăptării care dau uneori mult de furcă mamei sunt "colicile".

Ce trebuie să ştie o mamă: NU poate alăpta:

- în cazul în care suferă de o boală infecţioasă;
- dacă fumează;
- dacă ia unele medicamente ca: preparate cu ergotamină, tireostatice, sulfonamide.

Mama trebuie să aibă o alimentaţie corectă în toate, îndeosebi lichide, lactate, fructe, zarzavaturi, cereale, carne, peşte; să evite alimente care au gust sau miros neplăcut (ardei, usturoi, piper, ceapă etc.) sau care fac rău mamei.

Tot mai recent, se insistă asupra prezenţei peştelui în alimentaţia mamei.

De subliniat că alăptarea este bine să se înceapă cât mai repede după naştere (în prima oră!) cu punerea nou-născutului la sân. De la 3 sau 4 zile de la naştere nou-născutul are nevoie de 5 până la 6 mese pe zi "la cerere".

Când mama nu poate alăpta, se va trece la produse industriale de lapte pentru sugari, denumite "formule" sau preparate adaptate (cu prefix Pre-) sau parţial adaptate (produse de start, de durată). Ambele forme sunt tot aşa de bune. La sugarii alergici, care nu tolerează produsele mai sus amintite se poate apela la produsele hipoalergice (notate cu HA).

În situaţii deosebite, de condiţii socio-economice precare, de obicei în mediul rural, în mod excepţional, se poate da sugarului lapte de vacă diluat cu apă după vârsta sugarului şi cu adaos de zahăr, făină de orez şi ulei de floarea-soarelui (vezi pagina 115). Deşi este mai ieftin, laptele de vacă modificat prin procedee casnice implică mari riscuri: nu se realizează cantităţile, proporţiile şi formele apropiate de laptele matern, iar în drumul lung de la producător la consumator adesea survin încălcări ale curăţeniei şi păstrării corespunzătoare. Aceasta duce la alterarea şi/sau infecţia laptelui respectiv la îmbolnăvirea sugarului.

8.5.2. *Din a 5-a lună: diversificarea*

Prin "diversificare" se înțelege introducerea în alimentația sugarului pe lângă lapte (la sân sau din produse adaptate sau parțial adaptate) a unor alimente de origine vegetală sau animală (cereale, zarzavaturi, fructe, carne, pește, gălbenuș de ou) sub formă solidă.

Spre deosebire de trecut, unele mame sunt nedumerite că în prezent diversificarea se poate începe la 4 luni și că de-abia la 5 luni trebuie să se introducă alt aliment decât laptele. Mai mult, repetăm, sugarul alimentat la sân nu are nevoie de alte alimente în afara laptelui de mamă. În ce privește diversificarea sunt încă unele controverse. Școala americană începe diversificarea cu o masă de lapte cu cereale, în timp ce Școala europeană (Germania, Austria, Elveția, Țările Europei Centrale și cele Nordice) introduc mai întâi masa de legume (vezi fig. 3.8 B, pag. 149; fig. 3.8.C, pag. 150; tabelul 3.1, pag. 125).

Între 4 și 5 luni se înlocuiește o masă de lapte cu o masă de cereale la început de orez (fără gluten) cu sau fără fructe (de tipul bananelor și merelor).

După 5 luni se mai înlocuiește încă o masă de lapte (cea de la "prânz"). La început cu piure de morcovi care se introduce treptat și în cantități mici. Când se ajunge la circa 100 g se adaugă puțin ulei de floarea-soarelui ($^1/_4$ - $^1/_2$ linguriță) și ceva cartofi. Spre 6 luni se ajunge la o masă completă de piure de morcovi și cartofi plus și alte zarzavaturi colorate (verzi sau/și galbene), ulei de floarea-soarelui și carne de pasăre sau vită (3-4 ori pe săptămână). În săptămânile următoare se introduce și gălbenușul de ou proaspăt (de 2 ori pe săptămână).

La 7 luni: iaurtul simplu sau cu adaos de cereale, fie cu biscuiți măcinați.

La 8 luni: tot felul de zarzavaturi, orez, tăieței, de încercat ca zarzavaturile să fie sfărâmate cu furculița.

Între 8 și 9 luni, se poate da în loc de produse pentru copii ("formule", lăpturi parțial adaptate), lapte de vacă integral (3,5% grăsimi).

La un an copilul poate să mănânce din meniul familiei. Lactatele rămân alimente permanente în meniul zilnic al copilului.

După aceea copilul este bine să mănânce cu familia. Pentru ca mesele să se desfășoare fără evenimente negative și să nu survină "lupte", v-am sugera câteva idei:

- Nu forțați copilul să mănânce;
- Realizați o atmosferă destinsă;
- Este benefică *regularitatea;* încercați să mâncați la aceeași oră și în același loc. Nu lăudați prea mult copilul chiar dacă a mâncat tot;
- Copiii preferă să li se dea legumele, cartofii, carnea, fructele separate pe farfurie și nu în amestec (piure);
- Majoritatea copiilor nu doresc meniuri variate, acceptând aceeași mâncare pe durată lungă;
- Dulciurile și lichidele îndulcite, date între mese, umplu stomacul, dau senzația de sațietate și reduc pofta de mâncare;
- Orice formă de alimentație care prevede o dietă cu un singur tip de alimente, cu înlăturarea substanțelor nutritive esențiale implică riscuri pentru sănătate, în general, iar la copil pentru dezvoltare.

8.5.3. *Grupe de alimente*

Pentru asigurarea unei creșteri armonioase, este necesar ca la copilul de toate vârstele (sugar, copil mic, școlar, adolescent) să fie prezente toate elementele nutritive indispensabile creșterii printr-o alimentație echilibrată și adaptată funcțiilor digestive, hepatice și renale. Aceste elemente nutritive (sau nutrimente) sunt aduse prin alimente (hrană).

Alimentele sunt clasificate din punct de vedere nutrițional (tabelul 8.3). În interiorul aceluiași grup, alimentele posedă caracteristici comune care permit a le înlocui unele cu altele și a varia astfel alegerea.

De notat că laptele este alimentul exclusiv în primele luni de viață ale sugarului și permite să se acopere totalitatea nevoilor nutriționale.

În tabelul 8.3 sunt reprezentate cele 7 grupe de alimente.

TABELUL 8.3

CELE ŞAPTE GRUPE DE ALIMENTE
(după Chr. Courton, J. Ph. Lisardet, Sylviane Machinot, 1993)
(modificat)

Diferite grupe	Reprezentate prin alimentele următoare	Aporturi în comun	Caracteristici
1 - Lăpturi şi alimente lactate	Formule de lapte (lăpturi adaptate, parţial adaptate, de durată). Alte lăpturi: laptele de vacă şi derivatele sale (brânzeturi, iaurt)	Protide şi lipide animale, calciu, fosfor, vitaminele A, B, D, fier (în lăpturile de continuare)	Alimente plastice (de creştere)
2 - Alimente carnate şi peşte 2 a-Mezeluri, paste, tocături, măruntaie, cârnaţi	carne, peşte, ficat, ouă	Protide şi lipide animale, fosfor, vitaminele A şi B_{12}	Alimente plastice
3 - Materii grase 3 a	Unt, creme proaspete, smântână Uleiuri vegetale, margarină	Lipide animale, vitaminele A şi D Lipide vegetale (acid linoleic, vitamina A)	Alimente energetice
4 - Feculente (cereale)	Făinuri pentru copii, orez, griş, paste, pâine, biscuiţi, cartofi, legume uscate	Amidon (glucide), protide, vitamina B_6	Alimente energetice
5 - Vegetale 5 a	Zarzavaturi şi fructe proaspete, oleaginoase Fructe (uleioase) uscate	Glucide (glucoză, zaharoză, fructoză), pentru amidon, celuloză-fibre, vitamina C, potasiu, fier, sodiu Lipide vegetale, proteine vegetale, zaharoză, fibre, margarină	Alimente protectoare Alimente energetice
6 - Produse zaharoase 6 a - Produse îndulcite	Zahăr, prăjituri, miere, bomboane, jeleuri, ciocolată Patiserie, prăjituri cu cremă sau frişcă, biscuiţi, îngheţată	Zaharoză Lipide şi produse animale, zaharoză	Alimente energetice
7 - Băuturi	Ceaiuri îndulcite, compoturi, băuturi manufacturate (cola, limonade etc.), apă minerală, sucuri de fructe sau zarzavaturi concentrate sau diluate, apă potabilă, apă plată etc.	Lichide, vitamine, minerale, fructoză	Asigură nevoia de lichide şi vitamine (minerale, vitamine, fructoză, alcool)

8.5.3.1. *Alimentele din grupa 1*

Alimentele din grupa 1 constituie baza alimentaţiei sugarului şi copilului mic pentru că aduc elementele necesare creşterii (mai ales proteinele, calciul şi fosforul). Sunt alimente care trebuie să fie în meniul zilnic al copiilor de toate vârstele. Din cauza caracteristicilor nutriţionale comune, se pot substitui unele cu altele la copilul mic şi şcolar după următoarele echivalenţe:

125 ml lapte = 1 borcan de iaurt de 125 g = 100 g brânză de vaci = 4 mici triunghiuri de brânză topită = 30 g de brânză telemea.

8.5.3.2. *Alimentele din grupa a 2-a*

Alimentele din grupa a 2-a devin utile în cursul diversificării. Cărnurile, peştele, ouăle şi/sau ficatul vor fi date în jurul vârstei de 6 luni, sub formă omogenizată (mixată sau foarte, foarte fin tăiată) şi mai târziu sub formă de bucăţi mici (perişoare, chifteluţe), când copilul va şti să mestece. Ele sunt introduse în pireul de legume în cantităţi de circa 30 g de la 6 luni la un an şi de 50 g până la vârsta de 2 ani. Previn şi/sau contribuie la tratamentul anemiei carenţiale.

Echivalenţele permanente permit alegerea alimentelor din grupa a II-a.

50 g carne = 50 g peşte = 1 ou

8.5.3.3. *Alimentele din grupa a 3-a*

Alimentele din grupa a 3-a, respectiv materiile grase, sunt alimente energetice şi purtătoare de vitamine A, D şi E. Aceste vitamine sunt distruse prin fierbere sau prăjeală prelungită. Consumate crude în cantităţi raţionale sunt alimente necesare digestiei şi echilibrului alimentar. În exces, duc la obezitate.

8.5.3.4. *Alimentele din grupa a 4-a*

Alimentele din grupa a 4-a (feculentele) sunt alimente furnizoare de energie. Consumate în mod raţional, ar trebui să figureze în orice meniu zilnic, alături de alimentele din grupa 1 şi a 2-a.

8.5.3.5. *Alimentele din grupa a 5-a*

Alimentele din grupa a 5-a (vegetale) trebuie să figureze în toate zilele în alimentaţia copiilor începând de la vârsta de 6 luni şi până la cea de adult. Nu îngraşă, potolesc foamea la mâncăi, asigură nevoile de lichide, de "fibre", săruri minerale şi de unele vitamine.

8.5.3.6. *Alimentele din grupa a 6-a*

Alimentele din grupa a 6-a (produsele îndulcite). Sunt alimente "de plăcere" al căror gust este foarte apreciat de majoritatea copiilor. Date în cantităţi raţionale, contribuie la completarea raţiei calorice a copilului. Date între mese şi/sau în exces reduc pofta de mâncare şi contribuie la instalarea obezităţii, a cariilor dentare şi a unor carenţe (anemie, hipocalcemie etc.).

8.5.3.7. *Băuturile*

Este necesar să se acopere nevoile de lichide dând copiilor apă de bună calitate (apă plată, apă din fântâni cu apa potabilă, apă fiartă şi răcită), sucuri de fructe diluate, zeamă de compot, apă minerală.

Sunt interzise: băuturile alcoolice, cola (la copiii mici şi mijlocii), sucurile cu aditive interzise etc.

8.5.4. ***Reguli de alimentaţie***

Societatea germană pentru alimentaţie a recomandat următoarele 10 reguli:

- prima regulă: de toate - dar nu mult;
- a 2-a regulă: mai puţină grăsime şi mai puţine alimente bogate în grăsimi;
- a 3-a regulă: aromat, dar nu sărat;
- a 4-a regulă: puţin îndulcit;
- a 5-a regulă: mai multe produse cu cereale integrale;
- a 6-a regulă: zarzavaturi şi fructe din belşug, cartofi (nu prăjiţi!);
- a 7-a regulă: mai puţine proteine animale;
- a 8-a regulă: să bea raţional;
- a 9-a regulă: mese dese şi mici;
- a 10-a regulă: mâncarea să fie pregătită cu gust, cu atenţie şi frumos prezentată.

8.5.5. ***Repartizarea meselor principale şi a gustărilor***

Se recomandă 3 mese principale şi 2 gustări.

Masa de dimineaţă trebuie să fie bogată şi variată cu alimente aducătoare de energie şi de substanţe nutritive absolut necesare vieţii.

Gustarea de la ora 10 se recomandă atât la preşcolar, cât şi la şcolar. Este o masă "uşoară".

Masa de prânz: este în general cea mai importantă din cuprinsul unei zile, trebuind să ofere atât substanţe nutritive furnizoare de energie, cât şi pentru creştere. *Această masă trebuie să fie caldă.*

Gustarea de după amiază este importantă mai ales pentru activitatea corporală în sport şi joc. Dar nu trebuie să fie copioasă.

Masa de seară nu trebuie să fie servită prea târziu şi să fie mai uşoară.

De insistat. Copilul primeşte apă când vrea şi cât vrea. Pe lângă apă de bună calitate, este bine să se dea copilului băuturi (sucuri) din zarzavaturi (morcovi, tomate) sau din fructe de sezon, diluate şi fără adaos de zahăr sau miere. Apa minerală cu concentraţii mai mici de minerale şi oligoelemente poate fi dată periodic.

8.6. **Profilaxia rahitismului**

Rahitismul se datoreşte carenţei în vitamina D. Nevoile la sugar sunt de 400 la 1 000 unităţi internaţionale (u.i.) pe zi.

Aportul alimentar de vitamina D este foarte slab. Chiar laptele matern nu conţine decât 30 la 100 u.i. pe zi. Majoritatea vitaminei D este sintetizată la nivelul pielii unde anumiţi steroizi inactivi (pre-vitamina D) sunt activaţi prin razele ultraviolete ale soarelui.

Vitamina D permite absorbţia intestinală activă a calciului, iar pe de altă parte mineralizarea osu-

lui (fixarea calciului în oase) şi eliminarea urinară a calciului.

Semnele clinice apar între 3 luni şi 2 ani. Amintim câteva:

Cranio-tabesul. Prin aceste semne se desemnează o înmuiere (zona de ramolisment) a boltei craniene în zona parieto-occipitală. La palpare oasele dau impresia unei mingi de celuloid (ping-pong). Acest semn are valoare numai dacă persistă dincolo de 4-5 luni.

Brăţări. La nivelul pumnilor apar bureleţi epifizari, vizibili şi palpabili, traducând lărgirea extremităţilor inferioare ale radiusului (antebraţ) şi tibiei.

Torace. Semnul caracteristic vizibil şi palpabil se cheamă "mătănii costale" şi apare sub formă de nodozităţi costale de ambele părţi şi simetrice, dispuse de fiecare parte a peretelui costal după o linie oblică în jos şi în afară. Semn caracteristic şi uşor de diagnosticat, dar foarte rar în ultimul timp prin administrarea corectă şi generalizată de vitamină D. Tot la nivelul toracelui pot să mai apară: şanţ submamelonar, evazarea marginilor coastelor şi "înfundarea" sternului.

Membre inferioare. Mai des se întâlnesc în jurul vârstei de un an deformările membrelor inferioare: picioare în X sau în O.

Întârzierea închiderii fontanelei şi a erupţiei dentare sunt puse prea des pe seama rahitismului.

Hipotonia musculară, abdomenul mare, hiperlaxitatea ligamentară, întârzierea statului pe şezut sunt mai rar semne de rahitism.

Trebuie spus că, în prezent, formele clasice de rahitism grav constituie rarităţi din cauza administrării sistematice a vitaminei D şi a "îmbogăţirii" unor lăpturi pentru copii cu vitamina D.

Diagnosticul precis în formele de rahitism discutabil se fac prin radiografia oaselor şi a unor analize de laborator (calcemia, fosforemia, fosfatazele alcaline).

8.6.1. ***Medicamentele***

Profilaxia (profilaxie înseamnă prevenire) constă în administrarea de vitamină D. Metoda fiziologică fără efecte secundare nedorite constă în administrarea zilnică de vitamina D. Dozele zilnice sunt valabile de la o ţară la alta. În S.U.A., Anglia şi ţările scandinave doza zilnică recomandată este de 400 unităţi internaţionale (u.i.). În Franţa doza recomandată este de 800-1 200 u.i., iar în Germania de 500 u.i. La noi în ţară dozele recomandate sunt de 500-1 000 u.i. pe zi la sugarul normal cu "adaptări" recomandate de medic la prematuri şi gemeni. Preparatele folosite la noi în ultimul timp sunt STEROGYL Franţa (1 picătură = 400 u.i.); casa producătoare recomandă 1 200 u.i. şi VIGANTOL - Germania, în doză de 500-1 000 u.i. pe zi. Formele comerciale de Vigantol sunt: a) picături - 1 picătură = 500 u.i.; tablete - Vigantoletten de 1 000 u.i. şi de 500 u.i.; b) tablete de F-Vigantoletten 1 000 (conţin fluor 0,25 mg şi vitamina D 1 000 u.i.) şi tablete de F. Vigantoletten (fluor 0,25 mg şi Vitamina D 500 u.i.), casa producătoare mai lansează comprimate de 10 000 u.i. şi 200 000 u.i. folosite în tratamentul rahitismului constituit.

Profilaxia rahitismului este: zilnic de la vârsta de 2 săptămâni până la 18 luni; în anii următori în toate lunile cu litera R (septembrie, octombrie, noiembrie, decembrie, ianuarie, februarie, martie şi aprilie).

O altă metodă de profilaxie a rahitismului constă în administrarea de vitamina D sub formă injectabilă în doze mari, de şoc ("Stosstherapie"), care cu toate rezervele unor efecte secundare concomitente sau ulterioare, este singura eficientă în anumite situaţii. Schema acestei metode de administrare este următoarea: câte o injecţie intramusculară a unei fiole de vitamina D_2 sau D_3 de 200 000 u.i. după următorul "calendar": la naştere, la 2 luni, la 4 luni, la 6 luni, la 9 luni, a 12 luni, la 15 luni şi la 18 luni.

Profilaxia cu vitamina D sub formă de injecţii se recomandă:

- la sugarii şi copiii din familii cu probleme sociale (nivel educativ şi economic deficitar, mame nedisciplinate şi neconştiincioase; copii din familii cu domicilii instabile; copii care suferă de diarei recidivante sau cronice, sindroame de malabsorbţie, boală celiacă, tratamente prelungite cu barbiturice, cum este cazul în epilepsie, rahitismele vitaminorezistente familiale, unele boli rare renale sau metabolice moştenite.

Riscurile de supradozare sunt importante. Se poate vorbi de o greşeală în dozele fixate să se dea zilnic sau prin injecţii. Uneori se administrează concomitent atât în doze zilnice pe gură, cât şi în injecţii. Alteori se dau doze zilnice foarte mari. Medicul de familie la fiecare vizită va înscrie pe caietul copilului doza de vitamină D. Hipervitaminoza D este gravă! Părinţii trebuie să cunoască semnele de alarmă:

- inapetenţă, constipaţie, palpare;
- sete, micţiuni (urinări) frecvente;
- greţuri, vărsături, dureri abdominale;
- tulburări de comportament.

Medicul avizat va efectua câteva investigaţii de laborator şi radiografii pentru a preciza diagnosticul. Tratamentul constă în oprirea oricărui aport de vitamină D şi de calciu.

8.6.2. *Prevenirea anemiei carenţiale feriprive*

Anemia carenţială feriprivă este o boală datorată scăderii concentraţiei de hemoglobină sub 11 g/decilitrul de sânge, produs de deficitul de fier. Este considerată cea mai comună boală a omenirii. Studii recente arată că anemia carenţială feriprivă afectează 30% din sugari, 20% din preşcolari şi 27% din şcolari. Cercetările efectuate recent de Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului (I.O.M.C.) în cadrul Programului Naţional de Supraveghere Nutriţională a copiilor sub 5 ani au depistat o prezenţă mare a anemiei mai ales la copiii cu vârste cuprinse între 10 şi 14 luni.

Profilaxia anemiei carenţiale la sugar şi copilul mic:

8.6.3. *Tratamentul profilactic din timpul sarcinii, la mamă*

a) efectuarea sistematică a hemogramei (hemoglobină, hematocrit, aspectul frotiului) din luna a V-a – a VI-a;

b) regim alimentar corespunzător al mamei: să se asigure că în dieta mamei: carne, ficat sau peşte, ouă, zarzavaturi "colorate" în verde sau galben (morcovi, roşii, salate, ardei, ceapă verde, fasole sau mazăre verde etc.) şi fructe (coacăze, afine, piersici, struguri, mere, zmeură, căpşuni etc.);

c) când hemoglobina este sub 12 g/dl, medicul instituie un tratament cu preparate de fier (sirop sau drajeuri).

Tratamentul profilactic la copil:

a) Alimentaţie la sân cât mai îndelungată.

b) Diversificarea alimentaţiei la 4-41/2 luni la sugarii alimentaţi cu lapte de vacă sau cu lapte de vacă standard ("clasic"); la 5-6 luni la cei alimentaţi la sân cu "lăpturi pentru sugari" (adaptat sau parţial adaptat de durată).

În cadrul diversificării la pireul de zarzavat (morcovi, cartofi, verdeţuri) destul de repede se va introduce carnea (de pui sau găină, de mânzat), ficatul proaspăt (cu concentraţia cea mai mare de fier şi de vitamine), iar mai târziu gălbenuşul de ou proaspăt şi peştele slab (şalăul, păstrăvul, ştiuca, codul etc.). Trebuie subliniat că fierul este în cantitate mult mai mare în ficat, carne, gălbenuş de ou sau peşte faţă de cel conţinut în zarzavaturi şi fructe.

Tot în cadrul diversificării un adaos de fier (şi alte minerale sau săruri) se găseşte în produsele de lapte parţial adaptate, treapta a II-a şi notate cu cifra 2 (Milumil 2, Humana 2, ... 2 etc.) sau în "formulele" americane "fortifiate". De asemenea, toate cerealele cu care se face diversificarea din luna a IV-a sunt "îmbogăţite" cu fier.

c) La prematuri, dismaturi, gemeni, sugari cu rată de creştere în greutate mai mare se introduc preparate de fier sub formă de picături sau sirop (Ferrum Haussmann, Ferronat, Fer-in-sol etc.) la 6-8 săptămâni.

d) La toţi sugarii născuţi la termen cu greutate normală de la 6 luni se recomandă preparate de fier amintite la punctul c.

Dozele, durata şi modul de administrare sunt fixate de către medic. De amintit că la unii sugari, administrarea de preparate de fier poate determina apariţia de scaune diareice şi/sau colorate în cenuşiu-verzui. În caz de diaree se întrerupe tratamentul şi după o anumită perioadă se reia cu doze mai mici. Coloraţia brună a scaunelor este un fenomen normal şi nu se ia vreo măsură.

La copiii mai mari se va asigura o alimentaţie corespunzătoare care să cuprindă carne şi în mod periodic ouă, peşte. Zarzavaturile, fructele şi cerealele "integrale" trebuie să fie prezente zilnic în dieta copilului mai mare.

8.7. Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 și 3 ani

În paginile care urmează, vor fi prezentați în mod condensat parametrii de dezvoltare psihomotorie a copilului de la naștere și până la vârsta de 3 ani. Sunt repere generale. Repetăm, ca de atâtea ori în această carte, că există variații individuale, mai mult sau mai puțin importante. Variațiile pot fi de "întârziere" sau, dimpotrivă, de "precocitate". În practică fiecare copilaș reprezintă un unicat și nu trebuie comparat cu alții. Médicul este singurul care decide dacă aceste variații, în plus sau minus, constituie motive de îngrijorare.

Nou-născutul (0-28 zile)

a) *Motricitatea*

- mișcări numeroase, haotice ale unor grupe musculare mai mici sau mai mari;
- mișcări ale buzelor și ale feței ("grimase") care sugerează zâmbetul.

Motricitatea fină: mișcări involuntare de apucare; apucă cu 4 degete, fără degetul mare ("prindere simiană").

b) *Somnul și veghea* sunt egal repartizate ziua și noaptea. Adunând perioadele scurte de somn se ajunge la 16-18 ore/24 ore. Între somnul profund al nou-născutului greu de trezit și starea de extremă agitație care exprimă ceea ce se cheamă "se simte rău", există mai multe stadii intermediare (în total 6). Somnul este ușor perturbat de foame.

c) *Organele de simț.* Reacționează la scutecele umede, la stimulii tactili (luatul în brațe; mângâierea îi liniștește) și la stimulii puternici luminoși (plasați la circa 20-30 cm de ochi) puternici și la zgomote. Mirosul este foarte bine dezvoltat; unii nu acceptă să sugă de la altă femeie.

d) *Limbajul.* Emite sunete nedefinite și țipetele sunt primele mijloace de comunicare ale nou-născutului. Sunt normale dacă nu se însoțesc de tulburări ale respirației, de paloare, de cianoză (învinețire). Intonația țipătului este variată și, foarte curând, mama deosebește țipetele de foame, de durere (colici), mânie, oboseală. Aceste zgomote sunt primele elemente de limbaj, de experiența prin care suscită și obține un răspuns potrivit din partea anturajului.

e) *Contactul social* se face exclusiv prin stimularea pielii sau a mucoaselor. Contactul cu pielea (luatul în brațe, ținut în poziția cangurului), de dorit "piele la piele" este suficient pentru a opri plânsul nou-născutului. Nou-născutul simte bruscheța sau blândețea gesturilor de îngrijire (luatul și ținutul în brațe, schimbarea chiloților absorbanți, îmbrăcatul, îmbăierea, cum i se dă să mănânce, cum este culcat în pat etc.).

Sugarul de 6 luni

a) *Motricitatea*

Culcat pe burtă, decelează bărbia și ridică capul intermitent pentru cel puțin 3 secunde în mod intermitent și neregulat. Poate pune capul pe o parte. Se sprijină pe antebrațe plasate la nivelul umerilor și urechilor. Schițează târârea. Șoldurile sunt ridicate la 3-4 degete.

Susținut de axile (subsuoară). Ține capul pe spate într-o poziție intermediară cel puțin 10 secunde. Se sprijină pe ambele tălpi și "dansează".

Culcat pe spate. Capul este în poziție asimetrică, de cele mai multe ori este întors pe dreapta, cu obrazul drept așezat pe pat. Când este atras spre poziția așezat din cea de culcat, copilul "scapă" înapoi și, de aceea, când este ridicat sau ținut în brațe, capul trebuie sprijinit de mâna adultului. Membrele sunt în "triplă flexie", sugarul având în mod normal un tonus ridicat.

Pumnii. Pumnii sunt strânși și nu apucă nimic cu mâinile. Dacă i se pune un obiect în mână, îl ține strâns și-l lasă imediat. Reflexul de apucare (agățare) persistă.

b) *Somnul și veghea*

4-5 perioade de somn, aproape egal repartizate. Somnul de noapte are o durată ceva mai lungă. Din cele 24 de ore, 15 sunt de somn.

c) *Organe de simț*

Reacționează la stimulii optici și auditivi. Începe să urmărească fețele umane și obiectele strălucitoare (ochelari, jucărie viu colorată). Con-

templează mama care-i vorbește. Deschide și închide gura în același timp cu ea și clatină capul. Încetează să plângă când se apropie mama, simțind-o după miros și voce.

d) *Limbajul și contactul social*

Emite sunete guturale, nedefinite. Contactul social se face în special prin stimuli cutanați. Se liniștește când este alăptat sau luat în brațe și ținut în poziția "cangurului", se simte bine în baia caldă. Își "simte" mama, o cunoaște și recunoaște prin contact corporal (căldură, miros, mângâiere, voce și mai târziu prin privire). Începe să zâmbească. Plânge cu lacrimi.

e) *Jucării*

Mici jucării mobile viu colorate și care emit o melodie, fixate deasupra patului.

Sugarul de 2 luni (8 săptămâni)

a) *Ce face un sugar de 2 luni (motricitate generală)*

- Culcat pe burtă, poate ridica capul și pieptul (până la mameloane) deasupra patului. Planul feței face un unghi de 45° cu planul patului. Capul nu mai este întors totdeauna pe o parte ca în timpul primelor săptămâni.

- Culcat pe spate și ridicat de umeri ține capul pentru câteva secunde, apoi scapă înapoi dincolo de linia coloanei vertebrale. Triplă flexie a membrelor. Începe să pedaleze.

Ținut pe șezut pentru o perioadă mai lungă, ține capul drept în poziție mediană cu mici clătinări înainte.

- Susținut de axile, controlează capul mai mult de câteva secunde, se sprijină pe ambele tălpi, intermitent pe vârfuri.

b) *Somnul*

Perioada de somn de noapte se prelungește. Durata somnului pe 24 de ore este de circa 14 ore. Stare de veghe predominant în timpul zilei, spre seară.

c) *Organe de simț*

- Ascultă sunete și zgomote. Întoarce capul spre persoana care-i vorbește.

- Învață să urmărească și să fixeze cu privirea. Culcat pe spate, urmărește cu ochii un obiect sau o lumină care se deplasează spre mijloc. Adesea, el nu vede imediat obiectul, ci după un timp de latență până îl captează. Unii "descoperă" mama cu privirea și petrece din ce în ce mai mult timp privind-o.

d) *Contactul social și limbajul*

- Zâmbește ca răspuns la alt surâs. La unii acest comportament apare după 3 luni. Sugarul zâmbește la tot ce se aseamănă cu fața mamei. „Zâmbetul sugarului de 2 luni este un element foarte puternic care îi permite să farmece un adult. Este o tactică de supraviețuire eficace pentru mica creatură total dependentă" (White).

- Realizează că poate atrage atenția anturajului prin plânsetele sale. Țipetele sunt diferite după cum sunt datorate foamei, oboselii sau durerii.

- Este atent la vocile din jur. Rămâne nemișcat când aude o voce familiară.

- Gângurește.

e) *Jocurile favorite*

- o plimbare cu căruciorul
- o suzetă
- o jucărioară viu colorată sau un clopoțel care să se legene.

Sugarul de 3 luni

Ce face sugarul de 3 luni (motricitate generală)

- Este vârsta "pedalării". Culcat pe spate el "dă din picioare"; întinde și flectează gambele, le ține și le mișcă în aer.

- Ține mâinile în dreptul feței sale și le privește îndelung. Unii își "descoperă" și picioarele, le privesc și uneori reușesc să le ducă la gură.

- Fiecare braț și fiecare mână pot să se miște independent una de cealaltă. Mișcările încep să fie coordonate:

· privire-apucare-supt; cuprinde un obiect cu ochii, îl apucă și-l duce la gură;

· întinde mâna spre un obiect strălucitor (ochelari, jucărie viu colorată), dorește să-l apuce, dar nu-l atinge pentru că nu apreciază distanța;

· prinde păturica și o duce la gură și piept până la mameloane;

· din culcat pe burtă, ridică capul și pieptul sprijinindu-se pe antebrațe, fixate în față. Planul feței față de pat este de 45-90°;

· susținut de axile (subsuoară) nu se mai sprijină pe tălpi și nu mai "dansează";

· a dispărut reflexul de apucare. Mâinile nu mai sunt închise, ci aproape totdeauna deschise;

· culcat pe spate şi dacă este atras înainte pentru a-l pune în şezut, la mulţi capul mai atârnă puţin dincolo de linia coloanei vertebrale;

· încearcă (unii reuşesc) să se întoarcă pe o parte şi să apuce cu degetele.

b) *Somnul şi veghea*

În timpul zilei este activ, iar noaptea are un somn prelungit. Somnul de noapte este de 10 ore (total 13-14 ore/zi).

Somnul de după amiază scade la circa $1^1/_2$ ore. 40% din sugari se trezesc dimineaţa la ora 5.

c) *Ce vede*

Reacţionează prin zâmbet când se apropie mama şi uneori la altă persoană.

Culcat pe spate, urmăreşte un obiect sau o persoană şi dincolo de câmpul lui vizual. Îşi mişcă şi-şi priveşte degetele minute întregi.

d) *Limbajul şi sociabilitatea*

- Este vârsta "bunei dispoziţii cronice" (White).
- Urmăreşte şi zâmbeşte la orice faţă umană.
- Recunoaşte vizual mama şi-i surâde dacă-i vorbeşte.
- Râde şi-i face plăcere să vocalizeze. Chiuie de bucurie.
- Când vede biberonul, încetează să plângă şi se bucură. Este primul semn de instruire. Anticipează şi ştie ceea ce urmează.
- Apar multe schimbări de comunicare cu mama (râs, emisiuni de sunete, îşi agaţă mâinile şi picioarele).
- Îi place să morfolească.

e) *Jucării*

- O jucărioară viu colorată, inele colorate, o oglindă.

Sugarul de 4 luni

a) *Motricitate generală şi fină (ce poate face la 4 luni)*

- Culcat pe burtă sau pe spate, poziţie simetrică.
- Culcat pe burtă, ridică capul şi umerii la un unghi de 90°. Se sprijină pe antebraţe fixate în faţă, şoldurile sunt ridicate la patru lăţimi de deget.
- Încearcă să se întoarcă şi trece din poziţia pe spate în cea pe o parte.
- Îşi uneşte mâinile, se joacă cu ele şi le duce la gură ("le gustă"). Mâinile sunt deschise. Dacă i se dă o jucărioară sunătoare, o ţine ceva mai mult, o agită, o schimbă dintr-o mână în alta.
- Din poziţia culcat, când este apucat de mâini şi ridicat în şezut ţine foarte bine capul şi contribuie şi el la mişcare ţinând strâns degetele adultului.
- Poate apuca şi ţine obiectele cu patru degete şi palma, fără police (degetul mare). Bate din palme.
- Ridicat în picioare şi susţinut de subsuoară, se sprijină pe ambele plante.

b) *Somnul şi veghea*

Ca la 3 luni.

c) *Organe de simţ*

- Ascultă vocea umană.
- Recunoaşte obiectele din mediul înconjurător.
- Apucă un obiect, îl cuprinde cu ochii şi-l duce la gură, urmărindu-l cum se deplasează.
- Întinde mâna pentru a apuca un obiect, dar mâna depăşeşte intenţia sa. Nu s-a ajuns la coordonare între mişcare şi vedere.

d) *Limbaj şi contact social*

- Este "vârsta fotografului"; sugarul este fericit, zâmbăreţ, este vârsta fotografiilor cu copiii mici pentru publicitate.
- Râde şi chiuie mai ales când anturajul îi surâde sau îl mângâie. Râde în hohote când este gâdilat.
- Se miră când este dus într-o cameră străină.
- Unii reacţionează când li se spune numele, întorcând capul.

e) *Jucării*

Jucării din cauciuc sau plastic, sonore.

Sugarul la 5 luni

a) *Motricitate generală şi fină*

- Stă în şezut cu un uşor suport. Ţine bine capul.
- Atras din poziţia culcat pe spate, ridică şi ţine bine capul, se prinde strâns de mâinile adultului.
- Se întoarce de pe spate pe burtă.
- Culcat pe burtă se sprijină pe braţele în extensie.
- Dacă atinge obiecte, le apucă opunând degetul mare la celelalte degete.

b) *Somnul*

Somnul se diferenţiază vizibil: noaptea doarme, ziua este treaz. Somnul de noapte durează în jur de 10 ore (între 19 şi 5).

c) *Organe de simţ*

- Fixează o bilă.

Dacă dă drumul la o jucărie, o caută cu ochii.

- Mâinile sunt ghidate de ochi. El întinde mâna spre obiectul dorit şi deschide degetele înainte de a-l atinge anticipând deci apucarea.

- Unii surâd la imaginea din oglindă.

d) *Limbaj. Contact social*

- Dimineaţa şi seara se ocupă cu emiterea de sunete.

- Îşi doreşte anturaj permanent. Plânge când o persoană pleacă de lângă el.

- Râde şi emite diferite vocalize. Este vesel tot timpul.

- Începe să se folosească de contactele fizice (agăţarea mâinilor, pipăit etc.) pentru a comunica.

- El explorează obiectele cu degetele şi cu gura.

Sugarul de 6 luni

a) *Ce face? Motricitate generală şi fină*

- Din culcat pe spate, se rostogoleşte pe burtă şi invers.

- Culcat pe burtă, se sprijină pe mâini întinzând braţele pentru a se redresa.

- Din poziţia culcat pe spate, ridică capul şi întinde braţele pentru a fi atras spre poziţia aşezat.

- Unii se aşează timp de câteva momente fără vreun ajutor dacă sunt plasaţi într-o poziţie potrivită. Încearcă să se aşeze el însuşi. Se poate rota în jurul axului corpului său.

- Ţinut în picioare, el se sprijină bine pe gambe.

- Culcat pe spate, el îşi poate apuca picioarele şi duce degetele piciorului la gură.

- Lasă cubul pe care-l ţine dacă i se prezintă un altul.

- Începe că apuce folosind şi degetul mare. Dexteritatea degetelor este încă redusă.

- Susţinut de axile, în picioare se sprijină pe gambe.

b) *Somnul şi veghea*

Somnul este scurt în cursul dimineţii şi după amiază (circa 1-1$^1/_2$ ore). Are două perioade de veghe distincte (după amiază mai prelungită; dimineaţa mai scurtă).

c) *Organele de simţ*

- Deosebeşte biberonul de păpuşă.

- Surâde şi vocalizează în faţa unei oglinzi.

- Încearcă să prindă o jucărie care i-a scăpat.

- Regăseşte un obiect ascuns dacă o parte rămâne - vizibilă.

d) *Limbaj şi contact social*

- La unii, în timpul plânsului apare consoana "m-m".

- Surâde şi vocalizează în faţa oglinzii.

- Încearcă să reprindă un obiect care i-a scăpat.

Sugarul de 7 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Stă în şezut nesprijinit pentru scurt timp. Dacă se aşează, se înclină înainte, sprijinindu-se pe mâini.

- Culcat pe burtă, se sprijină pe o singură mână.

- Culcat pe spate, ridică capul ca şi când ar încerca să se aşeze.

- Ţopăie când este susţinut de axile şi ţinut în picioare.

- Poate trece o jucărie dintr-o mână în cealaltă cu mai mult sau mai puţin succes.

- Se întoarce cu uşurinţă de pe spate pe burtă.

- Încearcă să prindă jucăria cu o singură mână.

- Duce totul la gură.

- Începe să se târască.

- Dă mult ("pedalează") din picioare.

b) *Somnul şi veghea*

Perioada de veghe este exclusiv ziua. Somnul de noapte este între 18 (19) şi 6. 30% din sugari se trezesc la ora 5 dimineaţa.

c) *Organele de simţ*

- Priveşte obiecte şi din afara razei lui de apucare.

- Sesizează obiectele noi din jurul lui.

- Mângâie imaginea sa din oglindă.

- Dacă se ascunde una din jucăriile sale sub un fular, el nu o caută.

d) *Limbajul şi contactul social*

- Vorbeşte cu jucăriile.

- Se bucură când emite sunete.

- Aproape toţi sugarii la această vârstă, când plâng, emit un sunet compus din consoanele "m-m".

- Emite sunete polisilabice cu consoană şi vocală (da, ba, ea).

- Unii încep să se teamă de străini.

- Trecerea bruscă de la râs la plâns arată instabilitatea emotivă.
- Caută în mod activ contactul cu familia, atrăgând atenţia prin unele sunete, tuse sau făcând zgomot.

Sugarul de 8 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Culcat pe burtă se întoarce în jurul unui ax.
- Se aşează adesea singur şi rămâne aşezat un răstimp mai lung.
- Dacă este susţinut de axile, se sprijină bine pe gambe.
- Ţine strâns un obiect; întinde mâna să apuce.
- "Gustă", muşcă, mestecă şi priveşte ("studiază") jucăriile.
- Coordonarea ochilor şi mâinilor este completă.

b) *Somnul şi veghea*

- Somn la prânz de $1^1/_2$ - 2 ore (între orele 13 şi 15). Durata totală de somn este de 12-14 ore/24 ore.

c) *Organe de simţ*

- Priveşte îndelung obiectele. Închide ochii dacă un obiect este apropiat de faţa lui.

d) *Limbajul. Contactul social*

- Emite sunete nearticulate şi chiote înalte. Începe să asocieze silabe (ba-ba, da-da etc.).
- Se joacă de-a v-aţi ascunselea organizat.
- Este posibilă, dar nu obligatorie, "teama de străini din luna a 8-a".
- Reacţionează dacă i se spune "nu".
- Instabilitatea emotivă se manifestă prin treceri bruşte de la râs la plâns.

Sugarul de 9 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Coordonarea mişcărilor este bună. Stă singur în şezut; se ridică singur. El poate rămâne aşezat 10 minute. Poate să se aplece înainte şi să-şi reia echilibrul.
- Apucă, ridică şi duce tetina la gură.
- Bea singur din biberon.
- El se târăşte în loc de a aluneca aşezat: sugarul stă pe burtă, cu abdomenul lipit de pat, iar capul şi umerii sunt susţinuţi de coate. Corpul este tras înainte prin acţiunea braţelor, în timp ce gambele sunt târâte. Mişcările gambelor seamănă cu ale unui înotător.
- Unii sugari se deplasează în patru labe de la 9 luni. Corpul este ridicat şi paralel cu solul. Pentru a avansa, sugarul foloseşte mâinile şi genunchii.
- Unii se ridică pe marginea patului sau pe o mobilă scundă, dar nu reuşesc să se aşeze.
- Dacă este susţinut de axile, se poate ridica şi sprijini în picioare.
- Unii reuşesc să adune mici obiecte apucându-le cu degetul mare şi arătător (nasturi, sfori, scame etc.). Este stadiul apucării cu "pensa-deget mare - arătător", moment important în maturaţia motricităţii fine a fiinţei umane.
- Introduce singur un cub într-o cutie mai mare.
- Dacă li se dă o coajă de pâine sau un biscuit încep s-o "morfolească".

b) *Somnul şi veghea*

De la această vârstă, ca în luna anterioară.

c) *Văzul*

Apropie două cuburi unul de celălalt ca pentru a le compara.

d) *Limbajul şi contactul social*

- Apariţia primelor cuvinte cu două silabe: "papa".
- Ţipă pentru a atrage atenţia asupra sa sau dacă este iritat ori stânjenit.
- Îşi recunoaşte numele şi pe al altor persoane din familie.
- Reacţionează corespunzător la unele ordine (dă, ţine etc.).
- Vesel în sânul familiei, reţinut faţă de străini.

e) *Jucării şi jocuri*

- O minge din pânză.
- Un animal sau o păpuşă suplă.
- Cuburi colorate.

Sugarul de 10 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Se ridică în picioare, ţinându-se de marginile patului.
- Se aşează cu uşurinţă pentru un timp nedeterminat.
- Nu-i mai place să rămână culcat.
- Trece uşor de la o poziţie la alta (din aşezat la poziţia pe burtă, se deplasează fie de-a buşilea, fie în patru labe etc.).
- Susţinut de axile încearcă să păşească.
- Îi face mare plăcere să descopere unele obiecte: firimituri, scame, să le apuce cu "pensa police-index" şi să le ducă la gură.

- Morfoleşte o coajă de pâine şi mănâncă singur un biscuit.
- Începe, în mod voluntar, să scape un obiect.

b) *Limbaj. Contact social*

- În timp ce este în cărucior, urmăreşte uneori ce este în jur.
- Se bucură în sânul grupului familial, dar preferă să fie singur cu o persoană. Atrage atenţia adulţilor asupra persoanei sale.
- Pronunţă unul sau două cuvinte dar "fără adresă".
- Reacţionează la numele său.
- Îi plac jocurile de-a v-aţi ascunselea (cu-cu bau etc.).
- El face "bravo" şi la revedere ("pa").
- Începe să aibă preferinţă pentru o anumită jucărie, pe care o mângâie şi o ţine lângă el.
- Începe să înţeleagă sensul lui "nu".

c) *Jucării*

- Cutii, borcănaşe de iaurt, jucării care se stivuiesc sau se încastrează, rondele de cauciuc sau de plastic.

Sugarul de 11 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Se ridică pe marginea patului, adesea păşeşte deplasându-se lateral, dar nu "poate" să se aşeze.
- Ţinându-se de mobilă se deplasează lateral.
- Susţinut de axile sau de rădăcina braţelor păşeşte.
- În poziţie şezândă, se întoarce într-o parte şi în alta pentru a aduna diferite obiecte.
- Ia obiecte de pe masă, le dă drumul cu abilitate.

b) *Somnul şi veghea*

Se trezeşte între orele 5 şi 7 dimineaţa. Somnul de prânz este de 2-3 ore. Durata pe 24 de ore este de 12 ore somn.

c) *Limbaj. Sociabilitate*

- Pronunţă cuvinte mono- şi bisilabice (pa, mama, tata, papa, apa etc.).
- Imită chiar şi în absenţa modelului.
- Limbajul pasiv (prin semne, imitaţii) este în plină desfăşurare. Înţelege şi comunică prin imitaţii, semne, mişcări ale braţului). La mulţi copii, limbajul pasiv rămâne multă vreme unicul mijloc de comunicare. Arată cu privirea sau cu mâna unele obiecte din cameră.
- Ridică o cuvertură pentru a recupera jucăria care a alunecat dedesubt.
- Reacţionează la numele lui şi la interdicţii (nu! nu!).
- Se joacă cu plăcere de-a "cu-cu-bau".
- Este suspicios în mediu necunoscut.
- Trece uşor de la râs la plâns.

Copilul de un an

a) *Motricitate generală (Ce face)*

- Nevoie permanentă de mişcare.
- Merge ţinut de antebraţe (până acum de braţe); mai rare situaţiile când păşesc ţinuţi de o singură mână.
- Cei mai mulţi se ridică şi stau singuri în picioare pentru un răstimp mai mult sau mai puţin lung şi încep să facă câţiva paşi şi avansează de la o mobilă la alta, ţinându-se cu o mână sau atingând un zid.
- Din poziţia în picioare el se poate aşeza fără ajutor.
- Merge în patru labe ca un urs.
- Poate să ţină un creion şi să mâzgălească o foaie.
- Se bucură să dea şi să prindă jucării în mână de la un adult.
- El poate să adune firimituri de pâine şi să le ducă la gură.
- Poate bea cu ceaşca şi să mănânce cu linguriţa dacă este ajutat.
- El începe să coopereze din ce în ce mai mult la îmbrăcat.
- Dacă a început să meargă, poate şi-i face mare plăcere să ridice şi să aducă şosetele pentru a fi încălţat.

b) *Limbajul*

- În afară de "mama" şi "tata" el cunoaşte încă 4-6 cuvinte mono-şi/sau bisilabice.
- Limbajul său creşte foarte încet, din momentul în care a învăţat să meargă. Îl pasionează numai performanţele fizice (mişcare, mers, "lupta" cu mobilele; scotocirea prin dulapuri şi cotloane) şi nu cele intelectuale sau educative.
- Se supune ordinelor. Înţelege sensul lui "nu".
- Înţelege şi execută mici ordine.
- Este gelos, îi place "societatea", să fie lăudat, să fie mângâiat. Este egocentric şi se interesează numai de el şi de jucăriile lui.

Copilul de un an şi jumătate

a) Motricitate generală şi fină (Ce face)

- Merge bine (alternează paşii, calcă pe ambele tălpi, bază largă), când aleargă, mai cade.
- Urcă scările, fără ajutor, ţinându-se de balustradă, nu alternează paşii.
- Se urcă pe un scaun, căţărându-se pentru ca apoi să se întoarcă şi să se aşeze.
- Se caţără pe mobile şi scotoceşte peste tot.
- Întoarce mai multe pagini dintr-o carte.
- Poate construi un turn din 3 cuburi, bagă un cub într-un orificiu.
- Duce ceaşca la buze şi bea bine. Dă ceaşca mamei sau o lasă să cadă.
- El poate umple linguriţa cu pireu, dar îi este greu să ducă în gură. Când o apropie de gură, nu mai reuşeşte să o întoarcă, răsturnând conţinutul. Reuşeşte să se folosească de degete pentru a duce din mâncare la gură.

b) *Limbajul*

- Bagaj de 10-20 cuvinte. Subliniază cuvintele prin gesturi.
- Reacţionează când i se face "pa-pa".
- Arată un obiect simplu (încălţăminte, balon, păpuşă etc.).
- La cerere, el poate atinge nasul său, ochii săi, gura sa.
- El execută ordine simple: "vino la tata", "pune asta pe masă" etc.

c) *Jucăriile*

- Introduce o jucărie într-o cutie şi o scoate.
- Schimbă jucăriile: păpuşa, ursuleţul, lingurile, oala.
- Se joacă singur.
- Perioade scurte de atenţie.
- Face un turn din 4 cuburi.
- Se joacă cu mingea stând în picioare.

d) *Perceperea lumii înconjurătoare*

- Observă activităţile adulţilor, le imită.
- Observă de la fereastră maşini, oameni, păsări etc.
- Atenţia sa trece rapid de la un obiect la altul. Se deplasează repede şi-şi bagă nasul peste tot, scotocind prin dulapuri şi cotloane. Este un adevărat explorator. Este vârsta periculoasă: prize electrice, medicamente de uz casnic, cosmetice, detergenţi, vase cu apă clocotită.

e) *Contactul social*

- Devine mai tandru cu mama; este "umbra mamei".
- Rezistă la somn când este pus în pat şi-şi cheamă mama.
- Are accese de furie când este contrariat.
- Îşi suge degetul, acest obicei atinge punctul său culminant, începând înainte de somn şi durând uneori toată noaptea.

Copilul de 2 ani

a) *Motricitate (Ce face)*

- Are un mers mai bun: stabil, regulat, paşii sunt cu amplitudine egală, alternativi.
- Aleargă şi cade rar; în fugă, poate bate un balon de cauciuc.
- Urcă şi coboară scările punând un picior după altul pe fiecare treaptă şi ţinându-se de balustradă sau de zid.
- Întoarce paginile una după alta.
- Întoarce cheia dintr-o uşă şi deschide lacătele.
- Se încalţă şi încearcă să-şi îmbrace şi pantalonii.
- Îşi spală mâinile.
- Bea dintr-o ceaşcă ţinută cu o singură mână.

b) *Limbajul*

- Formează propoziţii cu 3 cuvinte.
- Bagajul de cuvinte: 100-200.
- El numeşte 3 obiecte curente.
- Îşi cunoaşte numele şi prenumele.
- Începe să deosebească culorile.

c) *Jocurile*

- Începe să se joace cu mai multă perseverenţă.
- Îi place jocul cu maşini, roţi, obiecte mici de bucătărie din plastic, nisip şi apă.

d) *Percepţia lumii înconjurătoare*

- Se bucură de un obiect în mişcare.
- Regăseşte o poză într-o carte. Identifică trei imagini când i se cere "ce este asta?" şi 5 imagini când i se cere: "unde este?".

e) *Contactul social*

- Afecţiunea pentru mamă devine şi mai manifestă (vizibilă).
- Se joacă aproape de alţi copii, dar singur. Se comportă ca şi cum ceilalţi copii sunt obiecte, pentru a-i strânge în braţe sau de a-i respinge. Ar vrea să-şi facă prieteni, dar nu ştie cum să-i apropie.

Este stadiul de "joc paralel". Nu există interacțiune cu ceilalți copii chiar dacă au o activitate identică. Singura interacțiune posibilă este de a apuca jucăriile altora, de a-i lovi cu piciorul, de a-i trage de păr, de a-i mușca.

- El nu vrea să "împartă". Are un simț prea net de ceea ce este al lui, dar nu conștiința a ceea ce este a altuia.
- El folosește adesea și sistematic "nu", ceea ce îi permite să se opună anturajului.
- Începe să fie curat și-și exprimă dorința de a folosi olița.
- El nu deosebește binele de rău.
- El are un "ritual al culcatului"; îi place să se culce cu o jucărie preferată și își exprimă multe pretenții înainte de a adormi.

Copilul de 2 ani și jumătate

a) *Motricitate (Ce face)*

- Merge pe vârfurile picioarelor dacă i se cere.
- Se ține vertical sprijinit pe un singur picior.
- Poate duce un pahar plin cu apă fără a-l vărsa.
- Poate lansa un balon mare la 1 sau 2 metri.
- Ține un creion cu degetele și poate desena, copiind o linie orizontală sau verticală.

b) *Limbajul*

- Bagajul de cuvinte: 500.
- Folosește cuvintele pentru a vorbi singur.
- Începe să folosească "eu", "mie", "tu".

Vorbește sâsâit.

c) *Jocurile*

- Construiește lucruri simple cu cuburi (până la 8).
- Se joacă cu mai multe jucării deodată.
- Nu-i place să i se întrerupă jocul.
- Când i se cere poate să denumească 5 obiecte sau animale. Pe ultimele le denumește după modul cum se manifestă (ham-ham, miau-miau etc.).

d) *Contactul social*

- Afecțiunea se manifestă cu ceremonialul sărutului.
- Agresivitate față de străini sau alți copii.
- Demontează sau strică obiectele ("vârsta distrugerii").
- Ține la o anumită ordine și la ceremoniale.
- Gelozie pe frații mai mici.
- Este vârsta lui "nu" (fază de negativism). Copilul începe să descopere conceptul de "eu" pornind de la comportamentele persoanelor care au o semnificație pentru el (mai ales părinții). El începe să capete conștiența de el însuși ca individ și încearcă să controleze unele aspecte ale comportamentului său cu scopul de a se conforma la exigențele sociale.
- Folosește olița, dar nu reușește să se șteargă.

Copilul de 3 ani

a) *Motricitatea*

- Urcă și coboară scara alternând picioarele.
- Poate sta într-un picior.
- Merge cu tricicleta.
- Încearcă să danseze, cu toate că-i lipsește un oarecare echilibru.
- Toarnă un lichid dintr-un pahar în altul.
- Începe să folosească foarfeca.
- Se îmbracă și se dezbracă singur dacă este ajutat: la încheierea nasturilor, la diferențierea spatelui de față și încălțămintei de dreapta, de stânga.

b) *Limbajul*

- Reproduce poezii.
- Relatează situații din viața lui.
- Cunoaște sensul pluralului.
- Pune întrebări (vârsta lui "de ce?").
- Numără până la 10.

c) *Jocurile*

- Recunoaște lipsa unei părți dintr-o jucărie.
- Sortează obiectele după formă, mărime, culoare.
- Cunoaște pozițiile spațiale: sus, jos, în față sau în spate.
- Reproduce construcția unui pod cu 3 cuburi.

d) *Contactul social*

- Pune neîncetat întrebări.
- Știe care este sexul său.
- Știe numele de familie.
- Păstrează ritualul de culcare. Poate să se teamă de întuneric și de animale.
- Este în plină criză de personalitate și se opune viguros la orice pentru a se afirma.

9 BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Broca de A. – Le dévelopment de l'enfant, Edit. Masson, Paris, 2000.

Burkert Annelore – Das Babybuch, Falken, Niedernhausen/Ts, 1996.

Caniola I., Palicari Georgeta, Căpraru Herta, Nanu Rodica – Alimentaţia copilului şi adolescentului, Edit. Medicală, Bucureşti, 1983.

Căruntu F. – Cartea surorii de boli infecţioase, Edit. Medicală, Bucureşti, 1954.

Debray-Ritzen P. – La sexualité infantile, Edit. Fabre-Lausanne, 1982.

Dodson F. – Tout se joue avant six ans, Edit. Marabout, Paris, 1978.

Dumont Thompson Eleanor – Pediatric Nursing, ediţia a V-a, Edit. W.B.Saunders, Philadelphia, 1985.

Droese W., Stolley Helga – Die Ernährung des Kleinkindes und des Schulkindes, Kinderarzt: 7, 933-939, 1978; 8, 1949-1953, 1978; 9, 1979-1985, 1978.

Flehming Inge – Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen, ediţia a V-a, Edit. Thieme, Stuttgart, 1996.

Frankenburg K.W., Thornton Susanne – Endwicklung Diagnostik bei. Kinderarzt, Edit. Thieme, Stuttgart, 1991.

Hurgoiu Voichiţa – Alimentaţia copilului sănătos şi bolnav, Edit. Medicală, Bucureşti, 1999.

Illingworth S.R. – The Normal Child, ediţia a VI-a, Edit. Churchill-Livingstone, London, 1977.

Illing S., Spranger S. – Pădiatrie, ediţia a 3-a, Edit. Jungjohann, Nerkarsulm, 1995.

Kendel H. – Kinderkrankheiten, Edit. Gräfe und unser Verlag, München. 1999.

Klaieger Cornelia – Die richtige Ernährung für ihr Baby. Edit. Urania. Berlin, 1996.

Kühl G. şi colab. – Kinder-Krankenpflege, ediţia a IV-a, Edit. G. Fischer, 1998.

Kurz R., Muntean W. – Präventive Pädiatrie, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1990.

Mixon Lewis Clara – Nutrition and Nutritional Therapy in Nursing. Edit. Appleton-Century Crofts/Norwalk, Connecticut, 1994.

Ness-Delaval Barbara – Wenn Kinder Krank werden. Edit. Falken, Nidernhansen/Ts. 1996.

Ness-Delaval Barbara – Wir Werden Eltern, Edit. Falken, Niedernhausen/Ts, 1991.

Rossant Lyonel – Votre enfant, Edit. R. Laffont, Paris, 1987.

Sizonenko G.P., Griscelli Cl. – Précis de Pédiatrie, Edit. Payot, Lausanne, 1996.

Smith J.M., Goodman A.J., Lockwood Ramsey N. – Child and Family, ediţia a II-a, Edit. Mc.Graw-Hill Book Comp., New-York, 1987.

Spock B. – Comment soigner et eduquer l'enfant, Edit. Paramount, Liège, 1979.

Vasiliu G. – Sfaturile medicului de copii, Edit. Medicală, Bucureşti, 1967.

Wachtel Ursula, Hilgarth Rosemarie – Ernährung und Diätetik in Pädiatrie und Jugend medizin, Band 1, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1993.

*** Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului „Alfred Rusescu": Promovarea adaptării prin asistenţa primară. Protocoale în îngrijirea copilului, vol. 1 şi 2. Carnetul meu.

Wingeler B., Kraemer R. – Berner Datenbuch der Pädiatrie, ediţia a V-a, Edit. G. Fischer, Stuttgart, 1999.

*** Promovarea alăptării prin asistenţa primară, redactat de IOMC „Alfred Rusescu", Edit. Anima, 1998.

INDEX ALFABETIC

A

Abdomenul 65
Accidente 140, 188, 204, 309
Adolescentul 242-262
-, alegerea profesiei 246
-, cunoaşterea 247
-, dezvoltarea morală 247
-, alimentaţia (sublinieri) 333-336
-, hiperhidroza 252
-, îngrijiri 252
-, ochii 252
-, obezitatea 248
-, părul 252
-, sânii 253
-, sexualitatea 257
-, sportul 253
Afectivitatea 121, 129, 131
-, AI 110-291
Alergia pielii 304
Alimentaţia
-, adolescent 248
-, copil bolnav 273
-, copil mare 201
-, gravida 9
-, lăuză 38, 107
-, mamă 107
-, nou-născut maternitate 32-38
-, - - familie 94-122
-, obiecte necesare 110
-, prematuri 116
-, preşcolar 212
-, şcolar 212
-, sugar luna a 2-a 123
-, - - a 3-a 135
-, - - a 4-a 142
-, - - a 5-a 147
-, - - a 6-a 157
-, - - a 7-a 164
-, - - a 8-a 168
-, - - a 9-a 172
-, - - a 10-a 175
-, - - a 11-a 177
-, - - a 12-a 181
Alimente (grupe) 22
Amigdalitele acute (vezi anoina)
Anemia feriprivă 158, 164, 169, 338-339
Anginele 293
Animalele de casă 221
Apa 122, 202
Apetitul 202
Apgar (scorul) 28
Aptamil 114, 115, 125, 128, 135, 143
Apucarea 137, 146, 166, 170, 177
Asistenta de familie (ocrotire) 33, 57
Astmul bronşic 298
Auzul 75, 137, 146, 156, 162

B

Baia 133, 156, 163, 167
- generală 81
- parţială 79
Biberonul 105, 111, 116, 117, 120, 128, 143
Beba 114, 115, 125, 128, 135, 143, 153, 168
- Vita 126
Bebelac 115, 116, 125, 126
Boala hemolitică (n. n.) 106
Bodys 88, 91, 92
Boli metabolice 68
Bosa serosanguină 63
Bronşita acută 296
Buza de iepure 106

C

Caiet de sănătate (copilului) 53
Camera copilului 45-48
- -, aerisirea 46
- -, coşul 47
- -, curăţenia 46
- -, masa de înfăşat 48, 57
- -, mobilierul 47
- -, pardoseala 45
- -, patul 47, 56
- -, perdelele 45
- -, pereţii 45
- -, prizele electrice 45
- -, sistemul de încălzire 46
- -, temperatura 46
Capul 133
Carne 151, 158, 164
Căruciorul 48
Carii dentare 158
Căscatul 70
Cefalhematomul 63
Celuloza 169
Cereale 127, 147, 202
- Nestlé 127
Chiloţii 132
Ciocolata 202
Circumcizia 66
Cântarul 48
Comportamentul 70, 170, 174, 197
Clavicula (fractură) 65
Colicele abdominale 76
Conjunctivita 64
Concepţia 20
Constipaţia 138
Consultul medical 146, 183, 204
Contactul social 74, 77, 137, 156, 161, 166, 170

Controlul sfincterelor 205
Convulsiile 308
Copilul bolnav 263
- -, rolul părinților 263
- -, febra 273
- -, pielea 264
- -, regimul alimentar 273
- mic (1-3 ani) 191-207
- -, accidente 204
- -, alimentația 201
- -, apetitul 202
- -, asistența medicală 204
- -, dezvoltarea psihomotorie 191
- -, greutatea 191
- -, înălțimea 191
- -, intoxicații 204
- -, limbajul 191
- -, percepția 201
- preșcolar (3-6 ani) 207-223
- -, alimentația 212
- -, animalele de casă 221
- -, comportamentul 210
- -, greutatea 207
- -, îngrijiri 215
- -, jocul 218
- -, limbajul 209
- -, motricitatea 208
- -, perimetrul toracic 207
- -, somnul 214
- -, sportul 214
Conjunctivita 64
Cordonul ombilical 29
Craniul 61
-, fontanelele 62
-, hidrocefalia 63
-, microcefalia 63
Cremele 79
Creșa 55, 205
Creșterea 327
Criza genitală 31
Cruste seboreice 278

D

Degetele (malformații) 67
Dezvoltarea neuropsihică 339-346
Dezvoltarea somatică (corporală) 327-333
Dentiția 159
Diareea 106
- acută 288
Dificultăți de adaptare din partea mamei 102-104
- - - - - -, calitatea laptelui 104
- - - - - -, crăpăturile 103
- - - - - -, durerile sânilor 104
- - - - - -, hipergalactia 104
- - - - - -, nodulii 103
- - - - - -, umflarea sânilor 103, 104
- - - - - sugarului 104-106
- - - - - -, boala hemolitică 106
- - - - - -, diareea 106
Dificultăți de adaptare din partea mamei, dinții 64
- - - - - -, malformațiile gurii 106
- - - - - -, regurgitațiile 105
- - - - - -, refuzul de a suge 105
- - - - - -, vărsăturile 105
Dismaturul 27, 28
Diversificarea alimentației 144, 148, 334
Dulciuri 181, 202

E

Ectopia testiculară 65
Episiotomia 39
Eritemul fesier 84
Examene preventive 321
Examenul medical 57, 69, 146, 183, 204

F

Fața 63, 129
Febra 31, 273
Fierul 122
Fenilcetonuria 68
Fimoza 66
Finkelstein (formula) 119
Fluorul 122
Foliculita 302
Fontanelele 62
Formule de lapte 114, 115, 116
Frișca 202
Fructe 168, 202
Furunculele 303

G

Gânguritul 130
Gâtul 28, 64
Geamătul 70
Gimnastica sugarului 183
Gravida 7
-, alimentația 9
-, amețeli 17
-, arsurile la stomac 16
-, cârceii 17
-, comportamentul sexual 14
-, constipația 13
-, durerile de șale 17
-, factorii de mediu 17
-, gestoze 17
-, grețurile 13
-, hemoragiile 16
-, îmbrăcămintea 16
-, igiena organelor genitale 14
-, indicații generale 18
-, infecțiile pielii 14
-, îngrijirea corpului 14
-, - dinților 15

Gravida, medicamente 17
-, mijloace de transport 16
-, micţiunile frecvente 17
-, modul de viaţă 7
-, salivaţia excesivă 13
-, sânii 17
-, sarea de bucătărie 12
-, semne de alarmă 17
-, sfatul genetic 8
-, subalimentaţia 13
-, sportul şi călătoriile 16
-, umflarea picioarelor 17
-, varicele 17
-, vărsăturile 13
-, vergeturile 15
-, vitamina D 13
Greutatea 333
Gura 64, 82, 155
- de lup 100
Gustul 76
Guşa 12

H

Hepatitele virale 283
Hernia ombilicală 65, 133
Herniile inghinale 65
Hidrocefalia 63
Hidrocelul 65
Hipp-produse 157, 168
Hiperhidroza 252
Humana 115, 125, 128, 135

I

Icterul fiziologic 30
Imperforaţia canalului lacrimal 64, 75
Impetigo 303
Intoxicaţia prin nitriţi 69
Intoxicaţii 309
Intradermoreacţia la tuberculină 286
Iodul 12
Iritabilitatea generală 70

Î

Îmbrăcămintea sugarului 48
- -, bodys 56, 88, 91, 92
- -, bonete 49, 57
- -, cămăşuţe 49
- -, pampers 61, 67, 78, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 132, 200
- -, pătura 56
Îmbrăcămintea sugarului, sacul de dormit 57
- -, scutece 48, 56
Îmbrăcarea 92, 142
Înfăşatul 56, 85, 89, 147
Înţărcarea 142, 178
Înţepăturile veninoase

J

Jocul 134, 162, 186, 218
Jucăriile 140, 162

L

Lacrimile 75
Lapte cu cereale 126
Laptele de mamă 32
- - vacă 113, 117, 127, 143, 158
- fără lactoză 116
-, fierbere 110
- , formule 114, 115, 116
- praf degresat 117
- - integral 117
Laringita acută 295
Lăpturi de început 143
Lehuzia 38
-, alăptarea după cezariană 38
-, - gemenilor 37
-, alimentaţia 38, 107
-, gimnastică 43
-, îngrijirea sânilor 35
-, îngrijiri 42
-, măsuri anticoncepţionale 43
-, modificările corpului 39
Limba 64, 161
Limbajul 74, 130, 137, 146, 155, 166, 182, 199
Lungimea 59, 129, 136, 154
Luxaţia congenitală de şold 66

M

Masa de înfăşat 48, 57
Mameloane copil 31
Materiile fecale (vezi Scaunele)
Medicul de familie 320
Membrele 66
Menstruaţia 136
Microcefalia 132
-, microunde 158
-, mierea 202
Milubrei 125, 126
Milumil 1 114, 115, 116, 125, 143
- 2 22, 115, 135, 148, 153, 164, 168
Mirosul 76
Mixoedemul congenital 68
Mixturile 79

Moartea subită 119. 128
Morinaga 115, 116, 125, 135, 143
Motricitatea 129, 136, 145, 154, 159, 165,169, 173, 174
Milupa HN 25-116
Mugueţul 31, 61

N

Nan 114, 115, 125, 135, 143, 148
Nasul 28, 76, 82
Naşterea 20-22
Nou-născutul (în maternitate) 20-37, 321
- - - -, adaptare 28
- - - -, alimentaţia 32
- - - -, capul 23
- - - -, căile respiratorii 29
- - - -, cântărire 23, 30
- - - -, cordonul ombilical 28, 29
- - - -, criza genitală 31
- - - -, descuamarea 31
- - - -, dismaturul 27
- - - -, eritemul alergic 31
- - - -, factori de risc 27
- - - -, febra de sete 31
- - - -, identificare 30
- - - -, îngrijiri - sala de naştere 28
- - - -, mameloane 31
- - - -, măsurare 23
- - - -, meconiul 32
- - - -, nasul 28
- - - -, ochii 28
- - - -, pielea 28, 30
- - - -, prematur 25
- - - -, sângerări şi secreţii genitale 31
- - - -, scaune 32
- - - -, scorul Apgar 29
- - - -, scăderea fiziologică 30
- - - -, testiculele 30
- - - -, unghiile 23
- - (în familie) 45-122, 321
- - - -, alimentaţia artificială 110
- - - -, - naturală 95
- - - -, baia generală 81
- - - -, boli metabolice 68
- - - -, bosa sero-sanguină 63
- - - -, camera copilului 49
- - - -, cosmeticele 78
- - - -, cefalhematomul 63
- - - -, craniul 61
- - - -, dezvoltarea fizică 58
- - - -, - psihomotorie 71
- - - -, examenul medical 57
- - - -, faţa 63
- - - -, gâtul 63
- - - -, greutatea 58
- - - -, gura 64
- - - -, lungimea 58
Nou-născutul (în maternitate), luxaţia congenitală de şold 66
- - - -, medicul de familie 57, 320
- - - -, organele genitale 65
- - - -, perimetre 59
- - - -, pielea 59
- - - -, scutecele 85, 89, 93
- - - -, toracele 65
Nutricare 115, 116, 125, 135, 143
Nutrilon premium 115, 116, 153, 164, 168
Nutrilon plus 115, 116, 125, 128, 143, 148

O

Obezitatea 305
Obiecte pentru baie 77
- - îngrijire 78
Ochii 28, 29, 64, 82, 129, 159
Oliţa 179, 205
Ombilicul 29, 65
Oreionul 281
Otitele 295
Oul 151, 164, 168, 202

P

Pampers 61, 67, 78, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 132
Panariţiul 61
Paralizia facială 64
- plexului brahial 67
Patul copilului 47, 56
Părul 28, 84
Perimetrul cranian 328
Peşte 158, 178
Pete albe pe gingii 61
Picioare în "O" 178
Piciorul strâmb 67
Pielea (boli) 302
-, nou-născut 59
Plânsul 69
Pojarul (vezi Rujeola)
Prematurul 25, 116
Premergătorul 163
Prizele electrice 45
Preşcolarul (Vezi copilul preşcolar)

R

Rahitismul 121, 128, 136, 336-338
Raţia alimentară 101, 110, 119, 127
Răceala 291
Reflexe 72
Reanimarea cardiorespiratorie 143
Reţete 223-240
Rinofaringita acută 292
Rujeola 275

S

Sacul de dormit 57, 93
Salteaua 92
Sarcina 7-20 (vezi Gravida)
- depăşită 60
-, investigaţii 9
-, teste de depistare 9
Sarea 181
Sângerarea nazală 315
Scaune 32, 60, 89, 104, 132, 138, 156, 168, 171
Scăderea fiziologică 30
Scoaterea la aer 89
Sfatul genetic 7, 8
Similac 89, 114, 115, 116, 125, 143, 148, 153, 168
Simţul tactil (pipăitul) 76
Somnul 56, 69, 132, 138, 147, 163, 167,176, 179, 214
Sportul 219
Sterogyl 121, 128
Stomatita albicantă (vezi Muguetul)
Sucurile 136, 142, 145, 157
Sudamina 60
Sughiţul 71
Supa de morcovi 226
Sugarul 1-2 luni 123, 322
- - - -, afectivitatea 129
- - - -, alimentaţia 123
- - - -, faţa 129
- - - -, foamea 131
- - - -, greutatea 128
- - - -, îmbrăcămintea 132
- - - -, limbajul 129
- - - -, lungimea 129
- - - -, motricitatea 129
- - - -, ochii 129
- - - -, ombilicul (hernia) 132
- - - -, percepţia 131
- - - -, scaunele 132
- - - -, setea 131
- - - -, somnul 132
- - - -, suptul degetului 133
- - - -, temperatura camerei 132
- - - -, ţipetele 129
- - - -, veghea 132
- - - -, zâmbetul 131
- *2-3 luni* 135
- - - -, accidente 140
- - - -, alimentaţia 135
- - - -, boli infecţioase 139
- - - -, contactul social 137
- - - -, greutatea 136
- - - -, ochii 137
- - - -, limbajul 137
- - - -, lungimea 136
- - - -, menstruaţia mamei 136
- - - -, motricitatea 136
- - - -, părul 139
- - - -, scaunele 138
Sugarul 2-3 luni, strabismul 139
- - - -, suptul degetului 140
- - - -, suzeta 141
- - - -, văzul 137
- *3-4 luni* 142, 322
- - - -, alimentaţia 142
- - - -, apucarea 146
- - - -, auzul 146
- - - -, contactul social 146
- - - -, dezvoltarea motorie 145
- - - -, greutatea 145
- - - -, înfăşatul 147
- - - -, limbajul 146
- - - -, lungimea 145
- - - -, sucurile de fructe 145
- - - -, somnul 147
- - - -, vederea 146
- *4-5 luni*
- - - -, alimentaţia 147
- - - -, auzul 156
- - - -, baia 156
- - - -, contactul social 156
- - - -, greutatea 154
- - - -, gura 155
- - - -, igiena în bucătărie 152
- - - -, limbajul 155
- - - -, lungimea 154
- - - -, materiile fecale 156
- - - -, urina 156
- - - -, vaccinările 156
- *5-6 luni* 157, 322
- - - -, alimentaţia 157
- - - -, anemia 158
- - - -, auzul 162
- - - -, baia 163
- - - -, dentiţia 158, 159
- - - -, greutatea 159
- - - -, jucăriile 162
- - - -, motricitatea 159
- - - -, ochii 159
- - - -, premergătorul 163
- - - -, somnul 163
- - - -, vederea 162
- - - -, vitaminele 158
- *6-7 luni*
- - - -, alimentaţia 164
- - - -, apucarea 166
- - - -, baia 167
- - - -, contactul social 166
- - - -, greutatea 165
- - - -, limbajul 166
- - - -, motricitatea 165
- - - -, somnul 167
- - - -, vederea 167
- *7-8 luni*
- - - -, alimentaţia 168
- - - -, apucarea 170
- - - -, auzul 171

Sugarul 7-8 luni, comportamentul emoţional 170
- - - -, contactul social 170
- - - -, greutatea 169
- - - -, încălţămintea 172
- - - -, legănatul 172
- - - -, limbajul 170
- - - -, lungimea 169
- - - -, motricitatea 169
- - - -, perimetrul cranian 169
- - - -, scaunele 168
- - - -, somnul 172
- 8-9 luni
- - - -, alimentaţia 172
- - - -, comportamentul 174
- - - -, contactul social 174
- - - -, greutatea 173
- - - -, lungimea 173
- - - -, motricitatea 173
- - - -, somnul 174
- - - -, vaccinările 174
- - - -, vitamina D 174
- 9-10 luni 174
- - - -, alimentaţia 175
- - - -, dezvoltarea psihomotorie 176
- - - -, oliţa 179
- - - -, picioare în "O" 176
- - - -, somnul 176
- 10-11 luni
- - - -, alimentaţia 177
- - - -, apucarea 177
- - - -, încălţămintea 180
- - - -, limbajul 179
- - - -, somnul 179
-11-12 luni
- - - -, alimentaţia 181
- - - -, consultul medical 183
- - - -, dezvoltarea 181
- - - -, dentiţia 181
Supa de morcovi 226
Suptul degetului 95, 133, 140
Suzeta 141

Ş

Şcolarul mic, adolescent 237-263
-, alimentaţia 239, 240, 248
-, condiţii de lucru 241
-, dificultăţi şcolare 241
-, dezvoltarea fizică 237, 239, 240, 244
-, - normală 247
-, - funcţiei de cunoaştere 244
-, -socioemoţională 238
-, Ghid pentru părinţi 238
-, îngrijiri 252
-, prevenirea accidentelor 239
-, profesie (alegere) 246
-, sexualitatea 257
-, sporturile 257

T

Teama de persoane străine 170
Tetina 112
Torticolis 65
Tremurăturile bărbiei 70
Tresăririle 70
Turgorul 59, 60
Tusea convulsivă 280
Talia 333

Ţ

Ţarcul 163
Ţipătul 28, 70,130

U

Urechile 75, 82
Unghiile 84

V

Vaccinările 38, 139, 156, 286, 324-327
Vaccinul antirujeolic 326
- împotriva difteriei, tetanusului şi tusei convulsive (DTP) 325
- - hepatitei B 327
- - Haemophilus influenzae tip b 326
- - tuberculozei (BCG) 324
Vaccinarea împotriva poliomielitei (AP) 326
Varicela 277
Vărsăturile 105
Văzul 75, 137, 146, 156, 162
Vegetaţiile adenoide 294
Vigantol 121, 128 337
Vitamina C 122
-, D 13, 38, 121, 128, 136, 158

Z

Zahărul 113, 153
Zarzavaturile 153
Zăbăluţa 303
Zepter, vase 158
Zâmbetul 131
Zymafluor 158

Noua adresă a Editurii şi Librăriei Medicale este:
B-dul Pache Protopopescu, nr. 131, sector 2, Bucureşti.

Telefon: – 252.51.86
– 252.51.87
– 252.51.88
Fax: – 252.51.89

WWW.ed.medicala.ro
ed-medicala@fx.ro